

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

**O impacto de um Programa de Reabilitação
Neuropsicológico Grupal nos Aspetos emocionais e afetivos
em idosos institucionalizados com Declínio Cognitivo Sem
Demência**



Sónia do Carmo Fernandes Martins

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica
Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2013



Escola Superior de Altos Estudos

**O impacto de um Programa de Reabilitação Neuropsicológico
Grupal nos aspetos emocionais e afetivos em
idosos institucionalizados com Declínio Cognitivo Sem Demência**

Sónia do Carmo Fernandes Martins

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito Santo, Professora Auxiliar do ISMT

Coimbra, dezembro 2013

Imagem da capa:

“Sessão de Reabilitação Neuropsicológica com os idosos da ASCRSPF, no salão da instituição.” ©Sónia Martins, 2013. A publicação da fotografia na capa desta dissertação foi devidamente autorizada pelos idosos.

Agradecimentos

A todos os que me acompanharam neste percurso e me apoiaram para que eu pudesse atingir um dos meus objetivos de vida. Quero dedicar este excerto a todos e agradecer do fundo do coração, pois sem vocês não me teria sido possível finalizar esta etapa. Com todos aprendi muito de diversas formas. Estão no meu coração para a vida.

Quero deixar um especial agradecimento aos meus pais Maria da Luz e João do Carmo que sempre me apoiaram para que esta etapa fosse cumprida e nunca deixaram de acreditar nas minhas capacidades. Pelo amor, carinho e paciência ao longo de todo este meu percurso, dedico-lhes esta dissertação, fazendo votos de que a possamos utilizar num futuro, não próximo, para que a “demência” seja aniquilada.

Um obrigado especial à minha orientadora Professora Doutora Helena Espírito Santo pela disponibilidade, paciência e orientação a todos os níveis, que me ajudou a crescer como pessoa e como profissional.

Aos meus irmãos Victor e Adriano pela paciência e incentivo em todas as etapas deste curso.

A todos os meus amigos pela força e carinho que sempre demonstraram e pelo apoio nas horas difíceis, por se terem transformado no meu muro de lamentações. Um especial agradecimento à Rita e à Andreia pela paciência e motivação para ultrapassar todos os obstáculos com que me deparei este ano. Ao André que sempre me incentivou em todas as etapas deste curso.

À ASCR S. Paulo de Frades que me proporcionou a aplicação do Programa de Reabilitação Neuropsicológica Grupal nos idosos do Centro de Dia, à minha orientadora de estágio, colegas de estágio e a todas as funcionárias da instituição que me ajudaram o máximo que puderam no decorrer do programa.

Aos “minhas” idosas que irei recordar para a vida, faço um agradecimento muito especial pela paciência e disponibilidade em aceitarem participar neste grupo tão caricato e único.

Às minha colegas de equipa que ajudaram na recolha de dados desta dissertação e com um bom ambiente de entreajuda no decorrer das reuniões.

Resumo

Contexto: Atualmente, o índice do envelhecimento tem vindo a aumentar e, como consequência, estima-se que venham a triplicar os casos de demência. A incapacidade dos cuidadores perante a existência de sintomas demenciais e a perda de autonomia dos idosos são as razões mais comuns de institucionalização. Não existindo uma cura para esta doença e pelo facto do tratamento passar por aliviar sintomas cognitivos e comportamentais através de técnicas terapêuticas de reabilitação, entre outras, é importante estudar meios para amenizar as consequências desta doença. O PRNG é composto por atividades terapêuticas em grupo que estimulam as relações interpessoais, preservam o estado físico e psicológico e conduzem a um aumento da qualidade de vida dos idosos, sendo que os estados demenciais podem proporcionar uma alteração negativa nas dimensões emocionais e afetivas.

Objetivos: Esta investigação debruça-se no impacto de um Programa de Reabilitação Neuropsicológico Grupal (PRNG) em idosos institucionalizados com DCSD nos aspetos emocionais e afetivos.

Metodologia: A amostra foi constituída por 42 idosos, entre os 66 e os 92 anos, dividida em dois grupos em que 23 idosos foram submetidos ao PRNG (*Grupo Experimental*) e 19 idosos não foram submetidos ao programa (*Grupo de Comparação*). O estudo foi quase-experimental e não-cego na reavaliação. As dez sessões tiveram uma duração de 90 minutos, duas vezes por semana, num grupo de cinco idosos. Foram avaliados pré e pós intervenção, através da *Avaliação Cognitiva de Montreal* (MoCA), da *Avaliação Breve do Estado Mental* (MMSE), do *Inventário de Ansiedade Geriátrica* (GAI) da *Escala da Depressão Geriátrica* (GDS), da *Escala de Satisfação com a Vida* (SWLS), da *Escala de afetos positivos e negativos* (PANAS) e da *Escala da Solidão* (UCLA).

Resultados: A comparação pré e pós PRNG não revelaram diferenças estatisticamente significativas ao nível dos sintomas de ansiedade (GAI), da sintomatologia depressiva (GDS), dos sentimentos de satisfação com a vida (SWLS), dos afetos positivos e negativos (PANAS), exceto nos sentimentos de solidão (UCLA).

Conclusão: Concluímos que o Programa de Reabilitação Neuropsicológico Grupal teve impacto em idosos institucionalizados estabilizando/retardando as capacidades cognitivas, na redução dos sentimentos depressivos, nos sentimentos de solidão e no aumento dos afetos positivos.

Palavras-chave: Declínio Cognitivo sem Demência, Reabilitação Neuropsicológica Grupal, Depressão, Ansiedade, Satisfação com a Vida, Afetos Positivos e Negativos e Solidão.

ABSTRACT

Context: Currently, the rate of aging is increasing and as a consequence, it is estimated that may triple dementia cases. The inability of caregivers by the existence of dementia symptoms and the loss of autonomy of the elderly people are the most common reasons for institutionalization. There no cure for dementia and the fact that treatment pass to alleviate cognitive and behavioral symptoms through therapeutic rehabilitation techniques, and others, it is important to look ways to reduction the consequences of this disease. The NRGP used is composed of therapeutic group activities that stimulate interpersonal relationships, preserve the physical and psychological state and lead to increased quality of life for elderly people, dementia states may provide a negative change in emotional and affective functionings.

Objectives: This study investigated the impact of a Neuropsychological Rehabilitation Group Program (NRGP) in institutionalized elderly with DCSD in emotional and affective functioning.

Methodology: The sample was composed of 42 elderly people, with ages between 66 and 92 years, and was divided into two groups, where 23 elderly people were submitted to the PRNG (Experimental Group) and 19 were not submitted to the program (Control Group). The study was quasi-experimental and non-blind at reevaluation. The ten sessions had duration of 90 minutes twice a week, in group of five elderly people. The pre and post intervention were evaluated by the *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), the *Brief Assessment of Mental State Examination* (MMSE) , the *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI), the *Geriatric Depression Scale* (GDS), the *Scale of Satisfaction with Life* (SWLS), the *Positive and Negative Schedule Affect* (PANAS) and the *Loneliness Scale* (UCLA) .

Results: The pre and post PRNG comparison revealed no statistically significant differences in the symptoms of anxiety (GAI), depressive symptoms (GDS), feelings of satisfaction with life (SWLS), positive and negative affections (PANAS), except in feelings of loneliness (UCLA).

Conclusion: The Program of Rehabilitation Neuropsychological Grupal had impacted the in the institutionalized elderly people stabilizing/slowing the cognitive skills, reduction of depressive feelings, the feelings of loneliness and increased the positive affect.

Keywords: Cognitive Impairment without Dementia, Neuropsychological Rehabilitation Group, Depression, Anxiety, Satisfaction of Life, Positive and Negative Affects and Loneliness.

Introdução

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial com tendência a aumentar, facto que em Portugal não é exceção. Atualmente, é cada vez mais comum a institucionalização dos idosos, o que se deve à incapacidade de resposta dos cuidadores/familiares perante a falta de autonomia dos idosos, dada a prevalência de sintomas psiquiátricos e demenciais que antecedem a institucionalização (Costa et al., 1999; Fontaine, 2000). Para que a velhice possa ser bem sucedida é importante manter o relacionamento social, o funcionamento físico e cognitivo e o bem-estar subjetivo (o que o indivíduo deseja como uma vida de valor e de dignidade), sendo os estilos de vida fatores de proteção do declínio cognitivo (Madarreiro, 2008). Em contraste, no envelhecimento cognitivo patológico, o declínio cognitivo ligeiro (DCL) é a consequência de processos fisiológicos do envelhecimento ou uma fase anterior ao desenvolvimento da demência de Alzheimer (Burns e Zaudig, 2002; Petersen, 2004, 2010). Outro conceito importante, abrangente e heterogéneo é o de *declínio cognitivo sem demência* (DCSD), que se refere ao funcionamento cognitivo abaixo do que é considerado normal para a idade e para a escolaridade, tendo uma prevalência muito alta, mas que não satisfaz os critérios de demência (Graham et al., 1997; Ritchie e Tuokko, 2010). Estes conceitos de envelhecimento cognitivo patológico não invalidam a melhoria ou a estabilização de um estado demencial mais grave (Abrisqueta-Gomes et al., 2004; Clare e Woods, 2001). Ao não existir cura para a doença de Alzheimer, a intervenção cognitiva torna-se uma possibilidade importante que visa manter as habilidades do indivíduo durante algum tempo significativo, tendo como objetivo a redução da incapacidade funcional e maximizar a participação social (Buchanan, Christenson, Houlihan, 2010). Na revisão da literatura é referida a existência de uma compensação permitida através da *plasticidade cerebral*, processo constante de renovação sináptica, que permite ao SNC recuperar de uma lesão e reorganizar-se funcionalmente (Duffau, 2006). O cérebro altera-se com a idade podendo declinar a ponto de desenvolver uma possível demência mas, através da plasticidade neural que persiste na terceira idade (Mirmirian, Van Someren e Swaab, 1997), há evidências que este possui a capacidade para se modificar, adaptar e reestruturar-se ao longo da vida (Cacerta et al., 2009). A *plasticidade cerebral* é um processo, induzido pelo treino e pela aprendizagem (Boyke, Driemeyer, Gaser, Buchel e May, 2008; Hedden e Gabrieli, 2004). O uso do cérebro através de atividades intelectuais induz a plasticidade do sistema nervoso e, por meio da ativação de áreas seletivas do cérebro, este pode proteger-se do processo degenerativo (Rosenzweig e Bennet, 1996), pelo que qualquer intervenção

terapêutica neuroprotetora pode ser relevante na prevenção da demência (Petersen et al., 2001). Sendo assim, pode referir-se o conceito da reserva cognitiva como um fator de proteção contra a deterioração cognitiva que, através de um recrutamento de estruturas neurais compensadoras, poderá substituir as alterações dadas pela doença ou pela idade.

Para a reserva cognitiva, a escolaridade, o nível de inteligência, a profissão e o estilo de vida ativo¹ são fatores importantes pois ajudam o cérebro a suportar melhor uma doença neurológica grave (Stern, 2002 e 2009; Scarmeas e Stern, 2003). A baixa escolaridade e profissões pouco estimuladoras (manuais) têm maior prevalência na população Portuguesa. Sendo a reserva cognitiva mais pequena nos idosos com menor escolaridade e que tenham tido profissões manuais, torna-se importante a reabilitação geriátrica no cuidado do idoso (Baldivia, Andrade e Bueno, 2008; Falcão, Espírito-Santo, Fermino, Matreno e Guadalupe, 2012).

A literatura científica apresenta vários programas de reabilitação. A *reabilitação neuropsicológica* (RN), de forma mais abrangente, refere-se ao apoio dado aos indivíduos e aos seus familiares para melhorarem a nível cognitivo e emocional e aprenderem a lidar com a carga social da doença, a fim de melhorar a qualidade de vida dos intervenientes (Wilson, 1996). Ou seja, a RN além de ter um papel importante no tratamento do declínio cognitivo também tem impacto nas alterações comportamentais e emocionais (Wilson, 1996). A estrutura da RN é constituída por várias áreas: a psicoterapia, o ambiente terapêutico, a educação e a implementação de uma aliança com o indivíduo e com a sua família sobre o trabalho a executar, a *reabilitação cognitiva* e o *treino cognitivo* (Prigatano, 1997). A reabilitação cognitiva (RC) é englobada na RN e definida como sistemática e funcionalmente orientada para um conjunto de atividades terapêuticas, com base na avaliação e compreensão dos défices cognitivos e comportamentais do idoso (Clare et al., 2003). O seu objetivo é proporcionar ao idoso e à sua família estratégias que o ajudem a lidar, reduzir e superar as consequências da deterioração cognitiva. São propostas aos intervenientes estratégias compensatórias e a organização de respostas que possam proporcionar uma melhoria/estabilização das funções cognitivas e da qualidade de vida (Wilson, 1996; Clare e Woods, 2003 e 2004). Por fim, o treino cognitivo (TC), sendo uma categoria da RC, visa melhorar, manter ou restabelecer funções mentais, através da repetição de tarefas práticas estruturadas, concentrando-se em habilidades cognitivas específicas, tais como a atenção, a

¹ Das quatro variáveis acima mencionadas, as que mais se utilizam nos estudos são a escolaridade e a profissão. A relação entre a escolaridade, experiência intelectual durante a vida e a profissão, acumula reservas que permitem manter a função cognitiva na idade avançada, tendo um papel importante no envelhecimento cognitivo (Staff et al., 2004).

função, o idioma ou a memória (Clare e Woods, 2003). Este, por ser sistemático e intenso de atenção, poderia ativar a plasticidade do cérebro. A RN, ao englobar a RC e o TC, proporciona uma melhoria das funções cognitivas, das competências das atividades do dia a dia e na vida social (Clare e Woods, 2001). Além das terapias acima referidas, a RN também engloba a *terapia de orientação para a realidade* (TOR) e a *terapia de reminiscência* (TR). A TOR desenvolvida por James Folsom define-se como um conjunto de técnicas simples, que proporcionam informações para auxiliar o indivíduo a identificar o tempo e o espaço, de forma a manter o sujeito orientado e evitando o declínio das capacidades percetivas (Breuil et al., 1994; Prolo, Fanto, Santoro e Tisci, 2004), retardando o avanço do declínio cognitivo. Os vários exercícios dependem da capacidade cognitiva do indivíduo, sendo adequadas às suas dificuldades (Bottino et al., 2002). Na TR, o indivíduo é levado a reviver acontecimentos agradáveis, de modo a estimular a memória através de fotos, figuras ou músicas (Zannetti et al., 1995), a fim de resgatar emoções com significado positivo relacionadas com a sua vida, gerando maior sociabilização e entretenimento ao grupo, como parte da terapia (Fraser, 1992). A TR, ao trabalhar a memória remota do indivíduo através de factos da sua vida, gera a socialização entre o grupo e pode prevenir sintomas depressivos ou mesmo a solidão (Bohlmeijer, Smit e Cuijpers, 2003). Esta intervenção é importante pois com o avanço da idade é notável uma redução da participação do idoso na comunidade, o que pode originar sentimentos de solidão e desvalorização, com efeitos ao nível da integração social e familiar e da saúde física e psíquica. Os idosos embora sejam vistos frequentemente como pessoas solitárias, nem sempre apresentam sentimentos de solidão. A solidão pode estar associada a esta faixa etária perante situações de vida como doença crónica, viuvez e institucionalização (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg e Pitkala, 2005). A solidão e a depressão estão intimamente relacionadas, podendo os níveis de solidão levar ao aumento ou diminuição de sintomas depressivos no idoso (Gonçalves, 2002). A depressão atinge todas as faixas etárias, interferindo em todos os aspetos do seu quotidiano (Zimerman, 2000). A adaptação ao processo de envelhecimento pode ser dificultada (Martins, 2008) devido às alterações cognitivas e comportamentais específicas da depressão que se manifestam como sentimentos de tristeza, ansiedade, dificuldades cognitivas, problemas de sono e perda do gosto pela vida (Barroso e Tapadinhas, 2006; Zimerman, 2000). Uma das consequências da depressão é o distanciamento/isolamento dos idosos das redes sociais envolventes, provocando sentimentos ansiosos e depressivos, dando assim a perceção de que o mundo é uma ameaça constante (Fava, Kristensen, Melo e Araujo, 2009; Skinner e Vaughan, 1985). As patologias geronto-

psiquiátricas mais frequentes são as perturbações depressivas e as demências, estando muitas vezes inter-relacionadas. A depressão influencia negativamente várias funções cognitivas podendo desencadear uma demência e agravá-la; por outro lado, a demência pode levar à depressão enquanto o idoso não perder a consciência de si próprio. Muitos dos sintomas são comuns às duas patologias em doentes geriátricos, daí a dificuldade de diagnóstico, o que acarreta consequências inevitáveis nas terapêuticas aplicadas (Nunes, 2005; Fermino, et al., 2012). A ansiedade, ao contrário da depressão, é mais facilmente diagnosticada, pois os sintomas somáticos de ansiedade são facilmente detetados pelos sujeitos (Montgomery, 2000). A ansiedade é um sentimento produzido pela ameaça de perda ou insegurança, enquanto a depressão surge na sequência da perda ou solidão efetiva. Os idosos com mais sintomas ansiosos e depressivos apresentam menor satisfação com a vida (Xaviera et al., 2001). A satisfação com a vida é definida como a avaliação que cada sujeito faz da sua vivência, tendo em conta a sua experiência e relacionando diferentes aspetos como a saúde, o trabalho, as relações sociais, a autonomia e o poder económico (Joia, Ruiz e Donalísio, 2007). A satisfação com a vida correlaciona-se com várias variáveis, por exemplo, indivíduos com declínio cognitivo apresentam diminuição da satisfação (John e Montgomery, 2010), ou a perda de memória objetiva em idosos com 60-85 anos também assume uma associação negativa com a satisfação com a vida (Hernández, Fernández e Alonso, 2009). A afetividade e a satisfação com a vida também correlacionam-se: quanto maior o afeto negativo, menor a satisfação com a vida e quanto maior o afeto positivo, maior a satisfação. Segundo Panagopoulou, Montgomery, Benos e Maes (2006), indivíduos com afetos negativos elevados apresentam mais ansiedade e insatisfação. O afeto positivo está mais associado à depressão do que à sintomatologia ansiosa e o afeto negativo estará associado às duas patologias. A afetividade é definida estruturalmente por Watson, Clark e Tellegen (1988) com base em dois fatores: o afeto positivo e o afeto negativo. O primeiro reflete sobre sentimentos de alerta, enquanto o afeto negativo representa sentimentos de raiva, culpa e nervosismo. A realidade atual é que muitos idosos estão institucionalizados (Gonçalves, 2002) e apresentam maior insatisfação e solidão perante a monotonia do seu dia a dia e um sentimento de perda das suas redes sociais (De Jong-Gierveld e Havens, 2004). Os idosos não institucionalizados, contrariamente aos institucionalizados, apresentam sentimentos mais elevados em relação ao significado e objetivo da sua vida (Freitas, Scheicher, 2010). Desta forma, é importante criar meios que possibilitem uma melhoria na vida dos nossos idosos,

que são cada vez mais afastados do seu meio social, dos seus familiares e a permanecerem aptos o máximo de tempo de vida possível.

Tendo em conta o impacto que o declínio cognitivo tem nos idosos e a importância da reabilitação na prevenção² e atraso da demência como nos aspectos emocionais são nossos objetivos: **1)** aplicar um programa de reabilitação neuropsicológica a um grupo de idosos institucionalizados, **2)** verificar se existem diferenças iniciais a nível emocional e afetivos, para posterior análise da covariância, **3)** observar a presença de diferenças nas médias das pontuações a nível emocional e afetivo pré e pós reabilitação, para concluir sobre eventuais alterações, **4)** verificar o impacto do Programa de Reabilitação Neuropsicológica Grupal (PRNG) nas variáveis emocionais e afetivas controlando o potencial papel das variáveis cognitivas.

Metodologia

Desenho da Investigação

A investigação consistiu num estudo quase-experimental e não-cego na reavaliação. A metodologia adotada baseou-se em questionários de resposta direta, realizados com uma amostra de conveniência entre a população idosa institucionalizada na Associação Social, Cultural e Recreativa de São Paulo de Frades (ASCRSPF).

Âmbito Geral do Estudo

Esta dissertação está inserida no Projeto de Investigação *O Papel de um Programa de Reabilitação Neuropsicológica Grupal no Funcionamento Cognitivo e Não Cognitivo de Idosos sob Resposta Social*, que surgiu face à necessidade de acompanhar os idosos institucionalizados que participavam de um Projeto já em curso no Instituto Superior Miguel Torga (ISMT), [Trajetórias do envelhecimento. Desempenho cognitivo, estado emocional, padrões de comportamento longitudinais a idosos institucionalizados: estudo Miguel Torga], desde novembro de 2010.

Procedimentos

Etapas de implementação do Programa de Reabilitação Neuropsicológica Grupal

A elaboração desta dissertação foi dividida em três etapas. Na primeira etapa, foi contactada a instituição ASCRSPF por carta, com descrição detalhada sobre o estudo. Através de uma

² No nosso estudo estamos ao nível da prevenção secundária mas também ao nível da prevenção terciária. A prevenção secundária tem como finalidade a identificação de um problema de saúde numa população, de forma a condicionar favoravelmente a sua evolução, reduzindo a prevalência na comunidade. A prevenção terciária diz respeito ao tratamento, suporte e reabilitação para minimizar os efeitos da doença ou até mesmo procurar a sua cura. No declínio cognitivo, por exemplo, uma alternativa viável é a reabilitação neuropsicológica (Santos, Andrade e Bueno, 2009).

parceria existente entre a instituição e o ISMT, os idosos do Centro de Dia foram previamente contactados e informados individualmente pela autora desta dissertação sobre os objetivos do estudo, a confidencialidade dos seus dados e foi dada a garantia de que a investigação poderia ser interrompida a qualquer momento, se assim o desejassem. Depois de estabelecidos os protocolos de parceria, a recolha de dados foi possível graças à colaboração de uma equipa de investigadores (estagiários profissionais em Psicologia Clínica e alunos do primeiro e segundo ano de Mestrado em Psicologia Clínica com formação prévia para a aplicação dos testes), supervisionada por chefes de equipa e por investigadores mais experientes. Refira-se que o programa começou em 2011 e a sua implementação experimental decorreu no ano seguinte, em 2012, nas Cáritas, tendo o mesmo sido revisto entre Novembro de 2012 e Janeiro de 2013. A autora desta dissertação participou com a restante equipa de investigadores do ISMT num plano de reestruturação de alguns exercícios que faziam parte do programa inicial, de modo a reorganizá-lo para que este pudesse manter uma estrutura análoga em todas as sessões. Em seguida, foi criado um Caderno de exercícios para o sujeito e um Caderno para o Terapeuta. A investigação foi proposta aos idosos interessados e aplicada mediante a sua disponibilidade. Os idosos foram elucidados sobre o objetivo do estudo, tendo sido necessário, na maioria dos casos, esclarecer algumas questões, pelo facto de alguns duvidarem das suas capacidades para o executar com sucesso, devido à idade, capacidades cognitivas e falta de habilitações literárias. Após o consentimento dos idosos (Anexo 1) ou de algum responsável (familiar ou instituição), seguiu-se a recolha de dados sociodemográficos. Numa fase seguinte, que decorreu entre novembro de 2012 e abril de 2013, seguiu-se a avaliação dos idosos, realizada pela autora desta tese e pela equipa do projeto, em duas sessões, através de vários testes (1ª avaliação). A primeira sessão decorria em 60 minutos, com a *Avaliação do Estado Mental* (MMSE), o *Inventário Geriátrico da Ansiedade* (GAI), a *Escala Geriátrica da Depressão* (GDS), a *Escala de Satisfação com a Vida* (SWLS) e a *Escala de afetos positivos e negativos* (PANAS). Na segunda sessão seguiram-se os testes *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), o Teste de Fluências Verbais, o Teste de Stroop, Rey 15-Item, o Teste do Tempo e do Troco, a Bateria de Avaliação Frontal (FAB), a Escala da Solidão (UCLA), a Avaliação Geral do Idoso, o Questionário sobre o Sono na Terceira Idade (QSTI) e a *Mini International Neuropsychiatric Interview, Portuguese version 5.0.0 DSM-IV* (M.I.N.I.), durante cerca de 90 minutos. Após esta etapa, foram consultados os processos clínicos dos idosos da ASCRSPF, para perceber as patologias de cada um. De seguida, cotaram-se as escalas aplicadas, inseriram-se os resultados na base

de dados e dividiram-se³ os grupos para a participação no Programa de Reabilitação Neuropsicológica Grupal. Os idosos foram informados da seleção para o PRNG, mas alguns recusaram, alegando pouca predisposição para participar nas atividades, a processos de luto ou insegurança em relação às suas capacidades (maioritariamente analfabetos).

A segunda etapa foi marcada pela implementação do PRNG, tendo sido iniciada em maio de 2013 com um grupo de cinco idosos (Apêndice 1). Dada a estrutura da instituição, foi definido um horário que não interferisse com a sua dinâmica e as atividades realizadas com os restantes idosos; o PRNG foi implementado no salão de atividades, pois este espaço não só reunia as condições necessárias em termos de iluminação e pouco ruído, bem como dispunha de uma mesa espaçosa, fundamental para a sensação de conforto que se pretendia entre os idosos.

A implementação do PRNG durou mês e meio, com duas sessões semanais, num total de dez sessões, cada uma de 90 minutos, dividida em duas partes com intervalos de 10 minutos. Na terceira etapa, em junho de 2013, a autora da dissertação e uma colega de estágio, com formação prévia na aplicação das escalas neuropsicológicas, reavaliaram os idosos inicialmente indicados como grupo experimental e grupo de comparação, usando os mesmos instrumentos utilizados na avaliação. Nesta dissertação recorreu-se ao MoCA (seleção dos idosos para a amostra com pontuações entre 7-21 pontos) e ao MMSE (variável independente adicional) para avaliar o funcionamento cognitivo dos idosos; e ao GAI, a GDS, SWLS, PANAS e a UCLA para avaliar a sintomatologia ansiosa, depressiva e satisfação com a vida, afetos positivos e negativos e sentimentos de solidão.

Constituição dos Grupos do PRNG

Grupo Experimental (GE) – No total, foram 23 os idosos que participaram no projeto, que frequentavam a valência do Centro de Dia e Lar de Idosos nas várias instituições. A não participação de alguns idosos no PRNG ficou a dever-se, sobretudo, a problema visuais, à sua saída da instituição, a falecimentos de utentes, a processos de luto, ou por recusa. Dos 12 idosos avaliados da ASCRSPF, e tendo em conta as pontuações do MoCA (7 a 21 pontos) todas foram selecionadas, embora apenas seis idosos aceitassem fazer parte do GE e do GC, tendo as restantes recusado a participação no PRNG. Os nomes das seis idosos foram colocados em papéis e assim retirados aleatoriamente os nomes das participantes do PRNG.

³ A divisão dos grupos encontra-se descrita pormenorizadamente na *constituição dos grupos* e esquematizada na Figura 1.

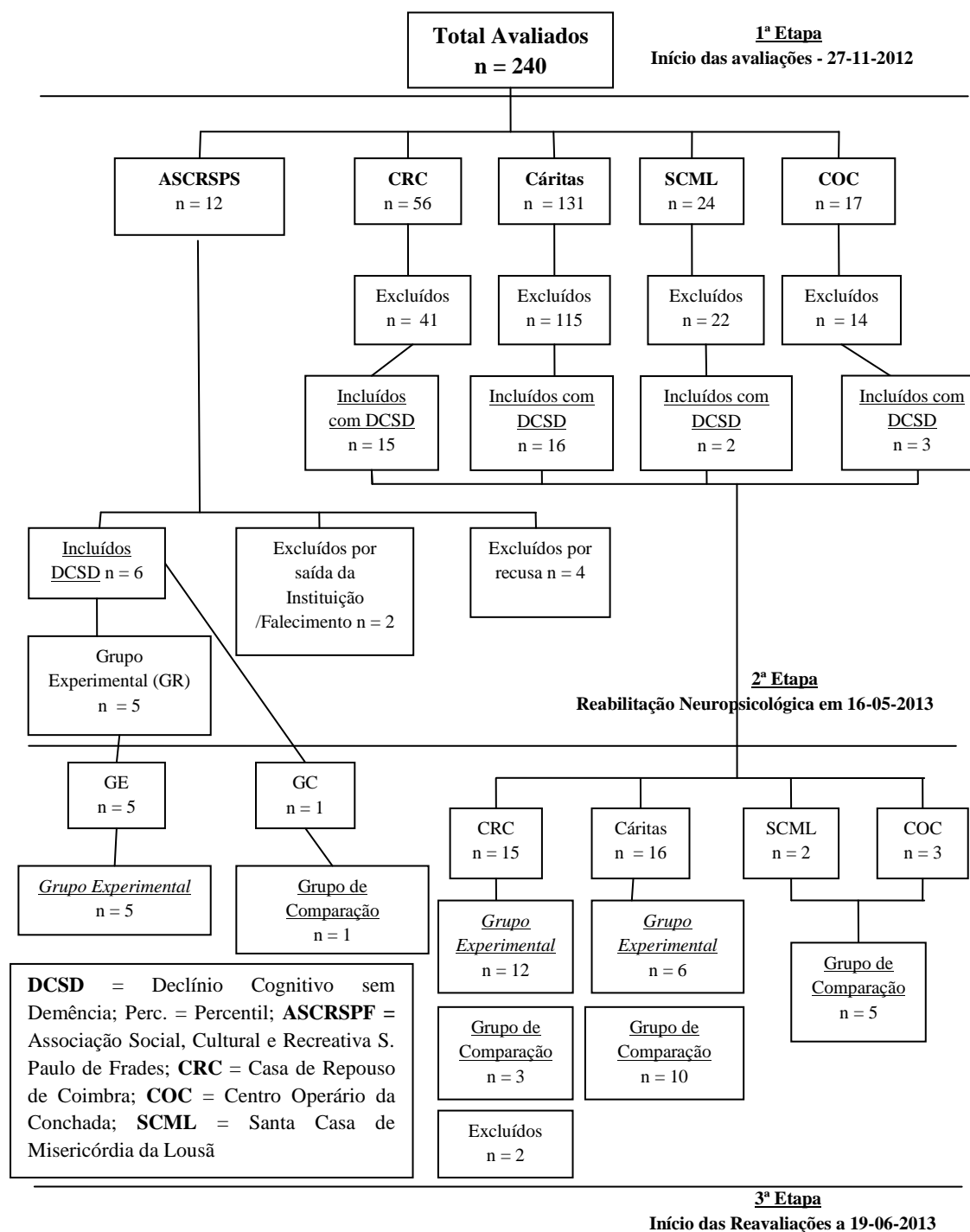


Figura 1. Fluxograma de recrutamento dos participantes para o grupo experimental (GE) e grupo de comparação (GC) e das fases de implementação do Programa de Reabilitação Neuropsicológica Grupal.

O GE da amostra total incluiu 19 idosos, de várias instituições, que preenchiam os critérios de inclusão e que aceitaram participar no PRNG. Neste grupo (Tabela 1) a idade variou entre os 66 e os 92 anos, sendo a maioria do sexo feminino ($n = 18$; 78,3%), viúva ($n = 11$; 47,8%), com escola ($n = 15$; 65,2%), de lar ($n = 18$; 78,3%) e profissão manual ($n = 23$; 100%).

Grupo de Comparação (GC) – Para que fosse obtido um número equivalente entre o GC e o GE, dado que apenas existia uma idosa na instituição (ASCRSPF), recorreu-se à base de dados do Projeto TE. Ao tentar fazer o emparelhamento através destes critérios não encontramos idosos com pontuações semelhantes no MMSE, mas já conseguimos fazer emparelhamento através das pontuações no MoCA (entre 7 e 21 pontos) e tendo em conta as características do grupo quanto à escolaridade, idade, patologia. O emparelhamento através das pontuações ao nível emocional não foi possível realizar. O grupo de comparação incluiu uma idosa da ASCRSPF, três do Centro Operário da Conchada, dez da Cáritas, dois da Santa Casa de Misericórdia da Lousã e três da Casa de Repouso de Coimbra, num total de 19. No GC (Tabela 1), de igual modo a idade variou entre os 66 e os 92 anos, sendo a maioria do sexo feminino ($n = 16$; 84,2%), viúva ($n = 13$; 68,4%), com escola ($n = 14$; 73,7%), com profissão manual ($n = 18$; 94,7%) e do lar de idosos ($n = 14$; 73,2%).

Contexto Institucional – Os idosos que frequentavam a ASCRSPF tinham como atividades trabalhos artesanais (renda), ações para eventos festivos (Natal, Carnaval), a ida à feira, exercício físico semanalmente embora a maioria dos idosos recusarem participar ou por limitações físicas e os dias são passados na sala de convívio onde assistiam programas televisivos. O dia a dia dos idosos caracterizava-se pelo pouco dinamismo e a maioria eram sedentários e pouco participativo nas atividades mencionadas. Na Casa de Repouso, no *Centro de Noite* os idosos visionavam programas televisivos, algumas idosas faziam trabalhos artesanais (renda e costura) e saídas para o exterior em algumas datas comemorativas (e.g., Carnaval). No *Lar Novo* permaneciam ao longo do dia na sala de convívio a visionar programas televisivos. Havia atividades muito pontuais (e.g., trabalhos manuais), ou seja, o dia a dia dos idosos desta valência deve ser vista como menos complexa e menos dinâmica. A Casa da Misericórdia da Lousã caracteriza-se por oferecer um ambiente dinâmico e estruturado aos seus idosos, incluindo acompanhamento psicológico, apoio emocional, estimulação cognitiva individual ou em grupo, dinâmicas de grupo para o desenvolvimento psicossocial, atividade física e musical semanal entre outras. A Cáritas é caracterizada por ter um ambiente pouco dinâmico em que a estimulação é pequena, cingindo-se a visualizações dos mesmos programas televisivos, a jogos lúdicos pouco estimulantes e automatizados, colorir desenhos básicos ou a participar em sessões de ginásticas semanais.

Amostra

A amostra total incluiu 42 idosos sob resposta social, sendo a maioria do sexo feminino (81,0%). A idade média é de 81,60 anos ($DP = 5,89$), variando entre os 66 e os 92 anos. A amostra foi dividida em dois grupos, GE e GC. A maioria dos idosos pertencia ao sexo feminino (81,0%), não tinha parceiro (92,9%), tinha escolaridade, apesar de baixa (69,0%), com (64,3%) ensino básico primário (1-4 anos), pertenciam maioritariamente ao Lar de Idosos (76,2%), e exercia profissões manuais (97,6%). Em relação ao tempo de institucionalização verificámos que os idosos do GE se encontravam institucionalizados há mais tempo (180 meses – LI) que os idosos do GC (168 meses – CD). Os grupos (GE e GC) são homogéneos em todas as variáveis sociodemográficas. Na Tabela 1, apresentamos as frequências das diferentes variáveis sociodemográficas.

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra de Idosos Sob Resposta Social e a Divisão em Dois grupos.

| | Total | | | | Grupo Experimental n = 23 | | | | Grupo de Comparação n = 19 | | | | t/λ | p |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|------------------------------|-------|-------|------|-------------------------------|-------|-------|-------|--------------------|-------|
| | N | % | M | DP | n | % | M | DP | n | % | M | DP | | |
| Idade | 42 | | 81,60 | 5,89 | | | 82,0 | 5,98 | | | 81,11 | 5,92 | 0,49 | 0,630 |
| Sexo | | | | | | | | | | | | | | |
| Masculino | 8 | 19,0% | | | 5 | 21,7% | | | 3 | 15,8% | | | 0,24 [†] | 0,709 |
| Feminino | 34 | 81,0% | | | 18 | 78,3% | | | 16 | 84,2% | | | | |
| EC Dicotomizada | | | | | | | | | | | | | | |
| Sem Parceiro(a) | 39 | 92,9% | | | 21 | 91,3% | | | 18 | 94,7% | | | 0,19 | 1,000 |
| Com Parceiro(a) | 3 | 7,1% | | | 2 | 8,7% | | | 1 | 5,3% | | | | |
| Estado Civil | | | | | | | | | | | | | | |
| Solteiro (a) | 11 | 26,2% | | | 8 | 34,8% | | | 3 | 15,8% | | | | |
| Casado (a) | 3 | 7,1% | | | 2 | 8,7% | | | 1 | 5,3% | | | 1,53 [†] | 0,132 |
| Divorciado (a) | 4 | 9,5% | | | 2 | 8,7% | | | 2 | 10,5% | | | | |
| Viúvo (a) | 24 | 57,1% | | | 11 | 47,8% | | | 13 | 68,4% | | | | |
| Escolaridade | | | | | | | | | | | | | | |
| Sem Escola | 13 | 31,0% | | | 8 | 34,8% | | | 5 | 26,3% | | | 0,35 [†] | 0,739 |
| Com Escola | 29 | 69,0% | | | 15 | 65,2% | | | 14 | 73,7% | | | | |
| Escolaridade | | | | | | | | | | | | | | |
| Analfabeto(a) | 13 | 31,0% | | | 8 | 34,8% | | | 5 | 26,3% | | | | |
| Sabe ler/escrever | 1 | 2,4% | | | 0 | 0,0% | | | 1 | 5,3% | | | -0,94 [†] | 0,926 |
| sem grau de ensino | | | | | | | | | | | | | | |
| (1-4) anos | 27 | 64,3% | | | 14 | 60,9% | | | 13 | 68,4% | | | | |
| (10-12) anos | 1 | 2,4% | | | 1 | 4,3% | | | 0 | 0,0% | | | | |
| Institucionalização | | | | | | | | | | | | | | |
| (meses) | | | 54,52 | 55,45 | | | 58,47 | 54,4 | | | 43,33 | 62,11 | 0,566 [†] | 0,577 |
| Rede social | | | | | | | | | | | | | | |
| CD | 10 | 23,8% | | | 5 | 21,7% | | | 5 | 26,8% | | | 0,12 [†] | 1,000 |
| LI | 32 | 76,2% | | | 18 | 78,3% | | | 14 | 73,2% | | | | |
| Profissão | | | | | | | | | | | | | | |
| Manual | 41 | 97,6% | | | 23 | 100% | | | 18 | 94,7% | | | 1,62 [†] | 0,452 |
| Intelectual | 1 | 2,4% | | | 0 | 0,0% | | | 1 | 5,3% | | | | |

Notas: p = significância; M = Média; DP = Desvio-padrão; λ = Teste de Fisher; CD = Centro de Dia; LI = Lar de Idosos; EC = Estado Civil

[†] Teste t de Student para amostras independentes [‡] Teste de Fisher

Na Tabela 2 apresenta-se a classificação clínica da amostra de idosos segundo as várias patologias e as pontuações do MoCA (instrumento utilizado como critério de seleção). Todos os idosos da amostra (n = 40) apresentavam DCSD além das várias patologias.

Tabela 2. *Características Clínica da Amostra de Idosos Pré-Ensaio Clínico.*

| Diagnóstico | Total | | Grupo Experimental n = 23 | | | | Grupo de Comparação n = 19 | | | |
|------------------------------|-------|------|------------------------------|-------|-------|------|-------------------------------|-------|-------|------|
| | N | % | n | % | M | DP | n | % | M | DP |
| Diabetes | 9 | 100% | 6 | 42,9% | | | 3 | 33,3% | | |
| Hipertensão | 2 | 100% | 2 | 100% | | | 0 | 0,0% | | |
| AVC | 4 | 100% | 3 | 75% | | | 1 | 5% | | |
| Parkinson | 2 | 100% | 1 | 50% | | | 1 | 50% | | |
| Problema Médico Desconhecido | 6 | 100% | 2 | 33,3% | | | 4 | 66,7% | | |
| Outra Neurológica | 3 | 100% | 2 | 66,7% | | | 1 | 33,3% | | |
| Sem Diagnóstico | 14 | 100% | 6 | 42,9% | | | 8 | 57,1% | | |
| MoCA [7-21] | | | | | 10,87 | 3,77 | | | 12,39 | 4,57 |

Notas: p = significância; M = Média; DP = Desvio-padrão.

Instrumentos

Usámos um questionário sociodemográfico, para recolha de informações sobre a idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão (categorias do índice de Graffar) e a resposta social frequentada.

A Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA, *Montreal Cognitive Assessment*; Nasreddine et al., 2005; in Carvalho, 2011) avalia a DCL e é composto por diferentes tarefas e avalia diversos domínios cognitivos: atenção e concentração, funções executivas, memória, linguagem, capacidades visuo-construtivas, capacidade de abstração, cálculo e orientação. A pontuação total do instrumento é de 30 pontos, atribuindo-se um ponto suplementar se o indivíduo tiver menos de 12 anos de escolaridade. Uma pontuação igual ou superior a 26 pontos é considerada normal na população portuguesa (Guerreiro, 2010). As propriedades psicométricas da versão original são satisfatórias, (α de Cronbach = 0,83, teste-reteste \pm 26 dias, $r = 0,92$) (Guerrero-Berroa et al., 2009). Na população Portuguesa, Simões, Firmino, Vilar e Martins (2007) obtiveram boas propriedades psicométricas ($\alpha = 0,92$). O MoCA foi utilizado para formar o grupo experimental e de comparação, tendo como ponte de corte (7-21 pontos), sendo diferente a natureza da nossa investigação com a amostra de Guerreiro (2010).

A Avaliação Breve do Estado Mental (MMSE; Folstein, Folstein e McHugh, 1975, in Pena, 2011) é um instrumento utilizado no rastreio de défice cognitivo. Ainda que não seja usado para o diagnóstico de demência (Folstein, 1998), pode ser usado para monitorizar o desenvolvimento da demência (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro e Martins, 2009; O'Keeffe, Mulkerrin, Nayeem, Varughese e Pillay, 2005). O MMSE contempla seis categorias divididas por orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), retenção (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação (3 pontos), linguagem (8 pontos) e habilidade construtiva (1 ponto) (Folstein, Folstein, McHugh e Fanjiang, 2001). Na versão portuguesa, os pontos de corte para défice cognitivo variam consoante a escolaridade. A

escala tem boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste (0,80 a 0,95) (Tombaugh e McIntyre, 1992). De acordo com Lezak e colaboradores (2004), o MMSE apresenta alta fidedignidade teste-reteste (após quatro semanas) ($r = 0,99$) e boa concordância inter-avaliadores (entre clínicos gerais e neuropsicológicos) ($\kappa = 0,86$) (Pezzotti, Scalmana, Mastromattei, Di Lallo e “Progetto Alzheimer” Working Group, 2008). O estudo de Morgado e colaboradores (2009) comprova também a fidelidade do instrumento, bem como o moderado valor de consistência interna. As pontuações médias foram de $25,16 \pm 2,16$ para 0-2 anos de literacia; $27,82 \pm 1,78$ para 3-6 anos e $29,05 \pm 1,11$ para mais de 7 anos de escolaridade, sendo a amostra total de 28,05 ($DP = 1,93$) e apresentando o teste um valor moderado de consistência interna ($\alpha = 0,46$) (Morgado et al, 2009). No nosso estudo, a confiabilidade é alta ($\alpha = 0,88$) e a fidedignidade também ($r = 0,72$).

O *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI; Pachana et al., 2007, in Carvalho, 2011) é um instrumento para avaliar a intensidade dos sintomas ansiosos na população idosa. Este instrumento, composto por 20 questões (Boddice, Pachana e Byrne, 2008; Pachana et al., 2007; Rozzini et al., 2009), foi lido aos idosos pelo facto de a maioria ser analfabeta e para que a sua aplicação fosse igual para todos. Os sujeitos avaliados respondem de acordo com a última semana numa escala dicotómica (1 ponto = concordo; 0 pontos = discordo). A escala tem uma pontuação mínima de 0 pontos e máxima de 20 pontos (Boddice et al., 2008; Diefenbach, Tolin, Meunier e Gilliam, 2009; Martiny, Silva, Nardi e Pachana, 2010; Pachana et al., 2007). Quanto à validade de critério, o ponto de corte indicado é de 10/11, para a perturbação de ansiedade generalizada na amostra psicogeriatrica, com sensibilidade de 75% e especificidade de 84% (Pachana et al., 2007). A versão utilizada nesta dissertação foi a versão experimental de Espírito-Santo e Daniel (2010) com uma confiabilidade muito boa ($\alpha = 0,93$). A validade convergente com entrevista de diagnóstico (M.I.N.I) foi significativa ($r = 0,68$; $p < 0,001$) e no teste-reteste também ($r = 0,45$; $p < 0,001$).

A *Geriatric Depression Scale* (Yesavage et al., 1983, in Pena, 2011) avalia sintomas depressivos em idosos, sendo lida aos idosos pelas razões acima mencionadas. A versão Portuguesa utilizada neste estudo foi validada por Barreto, Leuschner, Santos e Sobral (2003), numa versão constituída por 30 itens, com resposta dicotómica (sim ou não), onde cada questão pode ser pontuada com 0 ou 1 e a pontuação total pode oscilar entre 0 e 30 pontos. Por cada resposta afirmativa (2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26 e 28) atribui-se um ponto. Por cada resposta negativa (1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30) atribui-se um ponto. As questões desta escala referem-se à semana anterior (Baldwin e Wild, 2004) sendo uma escala

de rastreio considerada mais completa na avaliação da depressão geriátrica (Baldwin e Wild, 2004). Vários estudos evidenciaram a sua validade ($\alpha = 0,94$) e fidedignidade ($\kappa = 0,94$) (Coleman, Philip e Mullee, 1995). Em Portugal, a GDS foi adaptada, mas seguiu os pontos de corte da escala original, correspondendo o humor normal a pontuações entre 0 a 10, a depressão ligeira entre 11 a 20 e a depressão grave entre 21 a 30 (Barreto, Leuschner, Santos e Sobral, 2003). No presente estudo, o GDS revelou alta consistência interna ($\alpha = 0,86$), foi fidedigno ($r = 0,54, p < 0,01$) e confiável ($\kappa = 0,15; p < 0,01$), para um intervalo de tempo médio de $14,00 \pm 11,53$ meses.

A Escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction With Life Scale, SWLS; Diener, Emmons, Larsen Griffin, 1985; Versão Portuguesa: Simões, 1992; in Pena, 2011) avalia o bem-estar subjetivo, ou seja, a vivência do dia a dia. Tal como referido anteriormente, o instrumento foi aplicado aos idosos da mesma forma. Diener e a sua equipa (1985) elaboraram o teste original constituído por 48 itens. A versão utilizada apresenta cinco itens, mantendo a sua fidedignidade e validade. Simões (1992), numa investigação mais tardia, reduziu a escala para cinco itens, sendo as suas opções de resposta: *discordo muito* (1), *discordo um pouco* (2), *não concordo, nem discordo* (3), *concordo um pouco* (4) e *concordo muito* (5). Os resultados podem variar entre 5 (menor satisfação com a vida) e 25 pontos (maior satisfação com a vida).

A Lista de Afetos Positivos e Negativos (PANAS; Watson, Clark e Tellegen 1988; Tradução e Adaptação, Simões, 1993; in Carvalho, 2011) tem como objetivo avaliar o bem-estar subjetivo e a afetividade. Pelas mesmas razões referidas anteriormente este instrumento foi lido aos idosos. O PANAS na sua versão portuguesa (Simões, 1993) inclui dois itens a mais da escala original (22), num total de 11 para cada afeto. As questões são alusivas à última semana. Simões (1993) verificou um alfa de Cronbach de 0,82 para a subescala do afeto positivo e 0,85 para a subescala de afeto negativo. No presente estudo, a confiabilidade foi alta tanto para o PANAS positivo ($\alpha = 0,76$) como para o PANAS negativo ($\alpha = 0,83$) e a fidedignidade moderada tanto para o PANAS positivo ($r = 0,39$) como para o PANAS negativo ($r = 0,38$).

A escala de Solidão (Russell, Replau e Ferguson, 1978, in Pena, 2011) avalia os sentimentos subjetivos de solidão. A versão Portuguesa está validada para a população Portuguesa, sendo constituída por 16 itens e formulada por quatro alternativas de resposta categorizada que variam entre (1) *nunca*, (2) *raramente*, (3) *algumas vezes* e (4) *frequentemente*, que passamos a ler aos idosos (Pocinho e Farate, 2010). Todas as afirmações foram formuladas de forma negativa, para que

fosse referida a frequência de sentimentos de solidão. A sua pontuação varia entre 16 e 64 pontos (solidão). A análise fatorial revelou dois fatores (isolamento social e afinidade). As propriedades psicométricas revelaram-se adequadas (κ = entre 0,8 e 1; escala total: α = 0,91; subescala isolamento: α = 0,87; subescala afinidade: α = 0,81). No estudo do projeto TE com 382 sujeitos, a confiabilidade foi boa (α = 0,89) e significativa no teste-reteste (r = 0,33; p < 0,01).

O **Programa de Reabilitação Neuropsicológica Grupal** (Espírito-Santo e Lemos, 2012) foi projetado no âmbito do projeto TE, para ser administrado a indivíduos com declínio cognitivo resultante de diversas lesões cerebrais, com funcionamento cognitivo normal mas que apresentem fatores de risco (idade, baixa escolaridade, profissão manual ou doenças com impacto no cérebro), sendo, nestes casos, necessária a prevenção ou o atraso do declínio cognitivo. Os seus objetivos assentam na necessidade de estimular os idosos neuropsicologicamente e aumentar a sua autonomia e qualidade de vida, a conservação, recuperação, melhoria das capacidades cognitivas e também a promoção da interação social, podendo diminuir os sentimentos de solidão e sintomas psicopatológicos (Espírito-Santo e Lemos, 2012). O PRNG teve uma duração de cinco semanas, com sessões bi-semanais, e foi aplicado em grupos de cinco pessoas, com uma duração de 60-90 minutos por sessão. O programa é constituído por 10 sessões, cada uma dividida em cinco exercícios (Apêndice 2). Os exercícios são referentes a atividades que trabalham áreas cognitivas e emocionais específicas em que a dificuldade aumenta ao decorrer do programa. Em todas as sessões existem exercícios de Ativação, de Atenção, de Linguagem, de Gnosia, de Praxia, de Memória Imediata, de Funções Executivas e Memória e de Linguagem Expressiva. O exercício ativador existente no início de cada sessão consiste em terapias de reminiscência ou orientadas para a realidade com intuito de aumentar a motivação e a interação social e o último exercício é orientado para a realidade em que se trabalha a memória. Em cada sessão cada exercício tem material específico (cartões, folhas, lápis) cada idoso, para que cada um possa responder sequencialmente em dinâmica de grupo (Espírito-Santo e Lemos, 2012).

Análise de Dados

O *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21, SPSS Inc., 2012, para *Windows 7 Home Premium* foi utilizado para realizar as análises estatísticas. As variáveis de estudo (variáveis dependentes) foram as pontuações das variáveis emocionais e afetivas (GAI, GDS, PANAS, SWLS e UCLA), determinadas no final; as covariáveis foram as pontuações iniciais nas medidas dos aspetos emocionais e afetivos iniciais; o fator fixo foi o fator *grupo* (GE e GC) e as

variáveis independentes adicionais foram as pontuações do MMSE. Nas análises das diferenças, as variáveis emocionais que se revelaram significativamente diferentes entre o momento final e inicial, foram categorizadas segundo o conceito de *diferença mínima importante*, baseado no tamanho do efeito (Wyrwich, 2005)⁴. Para comparar as proporções nas sociodemográficas, usámos a razão de probabilidades (*likelihood ratio*) devido à dimensão do grupo ser pequena ($n < 25$) (Pestana e Gageiro, 2005, p. 130). Testámos a normalidade da distribuição de frequências das pontuações médias iniciais e finais do MMSE, GAI, GDS, SWLS, PANAS Negativo e Positivo e UCLA através do teste Shapiro-Wilk e medidas de achatamento e simetria. Depois de termos feito a análise da distribuição das frequências e verificada a normalidade ou não-normalidade foram tomadas as decisões quanto ao tipo de análise estatística a utilizar (paramétrica e não-paramétrica). Para testar as diferenças entre GE e GC em todas as medidas com distribuição normal utilizámos o Teste *t* de Student para amostras independentes e o Teste *U* de Mann Whitney para todas as medidas com distribuição não normal. Em seguida, para testar as diferenças nas várias medidas entre o momento inicial e o final por grupo (GE e GC) utilizámos o Teste *t* de Student para amostras emparelhadas para as medidas com distribuição normal e o Teste Wilcoxon para amostras emparelhadas para as medidas com distribuição não-normal. Por fim, recorreremos às ANCOVAs de uma via para verificar o efeito do PRNG no MMSE e de duas vias para verificar se o PRNG era eficaz ao nível das variáveis emocionais (GDS, GAI, SWLS, PANAS e UCLA), controlando o potencial papel das variáveis cognitivas (MMSE). Antes de efetuar as ANCOVAs, verificámos se os seus pressupostos (normalidade das pontuações por grupo, homogeneidade das variâncias entre grupos, linearidade por grupo, homogeneidade dos declives de regressão por grupo e a constatação da fidedignidade das covariáveis). Para além dos níveis de significância, que se estabeleceu como mínimo ($p = 0,05$), calculámos os *tamanhos do efeito*, usámos para as diferenças o *d* de Cohen⁵ ou o *Teste de Wilcoxon*⁶ para distribuições não-normais, e o η^2 (*eta-quadrado*) para a ANCOVA⁷.

⁴ A Fórmula de Wyrwich foi utilizada para o tamanho do efeito individual: $(M \text{ Medida Pós-Reabilitação} - M \text{ Medida Pré-Reabilitação}) / (DP \text{ da Amostra Pré-Reabilitação})$. De seguida, a categorização é realizada com base nos tamanhos do efeito de Cohen para o parâmetro *d*: *melhoria pequena* 0,2 a 0,49; *melhoria moderada* 0,5 a 0,79; e *melhoria grande* > 0,8; aos quais acrescentámos e inversamente *manutenção* 0,19 a -0,19; *pioria fraca* -0,2 a -0,49; *pioria moderada* -0,5 a -0,79; *pioria grande* -0,8. Por fim, recodificamos em duas categorias: *diferença mínima importante* toda a melhoria e *manutenção/pioria* as restantes situações.

⁵ Nas amostras emparelhadas foi utilizada a Fórmula de Cummings (2012, p. 291): $(M_i - M_f) / DP_{\text{médio}}$ em que $DP_{\text{médio}} = \sqrt{DP_i^2 + DP_f^2} / 2$. O M_i é o valor da média observado no início, M_f é o valor da média observado no final e, $DP_{\text{médio}}$ é o desvio-padrão das diferenças. A interpretação da magnitude do efeito é caracterizado pelas indicações de Cohen (1988, p. 16, 25): *trivial ou negligenciável* ($d < 0,2$); *pequeno* ($d = 0,2$), *médio* ($d = 0,5$) e *grande* ($d = 0,8$). O *d* de Cohen representa as diferenças entre os grupos, em termos de unidades de desvio-padrão.

Resultados

Na Tabela 3, constam as diferenças das pontuações médias iniciais e os desvios-padrão do GAI, GDS, SWLS, PANAS e UCLA, em dois grupos, um grupo que irá ser submetido ao PRNG (Grupo Experimental) e outro grupo que não será submetido a qualquer tipo de intervenção (Grupo de Comparação). Não encontramos diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre os dois grupos (Experimental e Comparação), exceto no PANAS Negativo ($p = 0,036$) (Tabela 3).

Tabela 3. Comparação das Pontuações Médias Iniciais de Várias Provas Cognitivas e Emocionais de um Grupo Experimental (Submetido ao Programa de Reabilitação) e de um Grupo de Comparação (Em Lista de Espera para Ser Reabilitado) ($N = 42$).

| Testes | Total | Grupo Experimental n = 23 | | Grupo de Comparação n = 19 | | t/ U | p |
|----------------|-------|------------------------------|-------|-------------------------------|-------|---------|-------|
| | | M | DP | M | DP | | |
| GAI | | 10,65 | 6,41 | 12,42 | 5,54 | - 0,94† | 0,350 |
| GDS | | 13,36 | 6,70 | 16,44 | 6,07 | - 1,59† | 0,120 |
| SWLS | | 15,41 | 5,51 | 15,94 | 4,61 | - 0,33† | 0,744 |
| PANAS Negativo | | 21,86 | 8,99 | 27,95 | 8,93 | - 2,16† | 0,036 |
| PANAS Positivo | | 27,95 | 8,97 | 27,05 | 6,44 | 0,36† | 0,718 |
| UCLA | | 36,04 | 10,64 | 36,68 | 11,97 | - 0,18† | 0,855 |

Notas: M = média; DP = desvio padrão; p = significância; $p = 0,05$; † = Teste *t de Student* para amostras independentes; ‡ = Teste *U de Mann Whitney* para amostras independentes; GAI = Geriatric Anxiety Inventory; GDS = Geriatric Depression Scale; SWLS = Escala de Satisfação com a Vida; PANAS = Escala de afectos positivos e negativos; UCLA = Escala da Solidão.

Comparação dos Aspectos Emocionais e Afetivos Pré e Pós PRNG

Na Tabela 4 são apresentadas as pontuações médias do GAI, GDS, SWLS, PANAS Negativo e Positivo e UCLA, para dois momentos distintos de avaliação (pré-PRNG e Pós-PRNG), a dois grupos (GE e GC). As diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) são assinaladas a negrito na tabela. Analisando a Tabela 4, demonstra-se as evoluções mais significativas nas pontuações das variáveis emocionais e afetivas do GE com tamanhos de efeito entre o médio ($d = 0,52$) e o muito grande ($d = 6,22$). As pontuações que não são mencionadas não foram significativas e os tamanhos de efeito são triviais e pequenos, apesar das mudanças do grupo experimental serem dadas como melhorias dos sintomas (exceto Afecto negativo, SWLS e GDS) e no grupo de comparação são sempre representativos de um agravamento dos sintomas.

⁶ Z / \sqrt{N} . – (Z é o valor do teste do Wilcoxon e N é o número total de observações (nº de participantes x o nº de observações) (Fórmula de Field, 2009, p. 580). A interpretação da magnitude do efeito segue as indicações de Cohen (1988, p. 25).

⁷ O SPSS fornece esta estatística [Pallant, (2007, pp. 302, 309)]. O *eta-quadrado* representa a percentagem da variância da variável dependente que é explicada pela variável independente ou fator fixo. O η^2 pode ser *pequeno* ($\eta^2 = 0,01$), *médio* ($\eta^2 = 0,09$), *grande* ($\eta^2 = 0,25$) (Cohen, 1988, p. 283) e *muito grande* ($\eta^2 > 1,3$) (Rosenthal, 1996).

Tabela 4. Comparação das Pontuações Médias em Dois Momentos de Avaliação com a Geriatric Anxiety Inventory (GAI); a Geriatric Depression Scale (GDS); Escala de Satisfação com a Vida (SWLS); Escala de afectos positivos e negativos (PANAS); e a Escala de Solidão (UCLA), Divididos num Grupo Experimental e num Grupo de Comparação.

| Testes | Áreas | Grupos | 1ª Avaliação n = 42 | | 2ª Avaliação n = 42 | | t / Z | p | d |
|--------|----------|--------|------------------------|-------|------------------------|-------|---------|--------------|-----------|
| | | | M | DP | M | DP | | | |
| GAI | Total | GE | 10,65 | 6,41 | 12,09 | 6,04 | -1,18 t | 0,249 | 0,23†† |
| | | GC | 12,42 | 5,54 | 14,74 | 5,95 | -3,09 z | 0,006 | 0,40†† |
| GDS | Total | GE | 13,36 | 6,70 | 13,32 | 6,64 | 0,04 t | 0,973 | 0,0006† |
| | | GC | 16,44 | 6,07 | 18,78 | 6,49 | -2,69 t | 0,015 | 0,37†† |
| SWLS | Total | GE | 15,41 | 5,51 | 14,55 | 5,50 | 0,71 t | 0,483 | 0,16† |
| | | GC | 15,94 | 4,61 | 12,61 | 3,65 | 3,94 t | 0,001 | 0,80†††† |
| PANAS | Negativo | GE | 21,86 | 8,99 | 26,09 | 7,14 | -1,89 t | 0,072 | 0,52††† |
| | | GC | 27,95 | 8,93 | 29,84 | 6,94 | -1,31 t | 0,206 | 0,24†† |
| | Positivo | GE | 27,95 | 8,97 | 30,55 | 5,67 | -1,12 t | 0,274 | 0,35† |
| | | GC | 27,05 | 6,44 | 27,11 | 7,50 | 0,03 t | 0,976 | 0,35† |
| UCLA | Total | GE | 36,04 | 10,64 | 27,70 | 9,83 | 4,34 t | 0,000 | 6,22††††† |
| | | GC | 36,68 | 11,97 | 43,11 | 10,59 | -3,82 t | 0,001 | 0,57††† |

Notas: GE = Grupo Experimental; GC = Grupo de Comparação; M = média; DP = desvio-padrão; p = significância; p = 0,05; d = *Tamanho do efeito*; t = Teste t de Student para amostras emparelhadas; z = Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas; † = trivial; †† = pequeno; ††† = médio; †††† = grande; ††††† = muito grande.

Evolução da sintomatologia ansiosa medida pelo GAI - Para medir todas as variáveis emocionais e afetivas foi utilizado o mesmo teste (t de Student) paramétrico para amostras emparelhadas. No GE, 13,0% melhoram muito, 8,7% melhoraram moderadamente, 21,7% mantiveram a sintomatologia, 17,4% pioraram pouco, 17,4% pioraram moderadamente e 21,7% pioraram muito. Não houve diferenças estatisticamente significativas nas pontuações médias do GAI (média inicial \pm DP = 10,65 \pm 6,41; média final \pm DP = 12,09 \pm 6,04; t = -1,18; p = 0,249). Como a amostra teria um tamanho reduzido e não existia diferenças significativas dividimo-la (todas as evoluções das variáveis emocionais e efetivas apresentam-se em gráficos no Apêndice 3), em seis categorias *melhoraram muito*, *melhoraram moderadamente*, *mantiveram* a sintomatologia, *pioraram pouco*, *pioraram moderadamente* e *pioraram muito* e ainda recodificamos nas categorias *melhorou* e *manteve/piorou*, obtendo assim diferenças significativas (t = 31,50; p = 0,000). No GC, 10,5% melhoraram moderadamente, 36,8% mantiveram, 21,1% pioraram moderadamente e 31,6% pioraram muito. As pontuações médias (média inicial \pm DP = 12,42 \pm 5,54; média final \pm DP = 14,74 \pm 5,95; Z = - 3,09; p = 0,006) as diferenças foram significativas.

Evolução da sintomatologia depressiva medida pelo GDS - No GE, 13,6 % *melhoram muito*, 4,5% *melhoraram moderadamente*, 31,8 % *melhoraram pouco*, 18,2% *mantiveram* a sintomatologia 13,6 % *pioraram pouco*, 4,5% *pioraram moderadamente* e 13,6% *pioraram*

muito. Os resultados não evidenciam diferenças estatisticamente significativas (média inicial $\pm DP = 13,36 \pm 6,70$; média final $\pm DP = 13,32 \pm 6,64$; $t = 0,04$; $p = 0,973$). No GC, 11,1% *melhoraram pouco*, 38,9 % *mantiveram* a sintomatologia, 33,3% *pioraram pouco*, 5,6% *pioraram moderadamente* e 11,1% *pioraram muito*. As pontuações médias aumentaram (média inicial $\pm DP = 16,44 \pm 6,07$; média final $\pm DP = 18,78 \pm 6,49$; $t = -2,69$; $p = 0,015$), existindo diferenças estatisticamente significativas.

Evolução da satisfação com a vida medida pelo SWLS - No GE, 27,3% *melhoram muito*, 4,5% *melhoraram moderadamente*, 13,6% *melhoraram pouco*, 22,7% *mantiveram* a sintomatologia, 9,1% *pioraram pouco*, 4,5% *pioraram moderadamente* e 18,2% *pioraram muito*. As pontuações médias diminuíram não existindo diferenças significativas (média inicial $\pm DP = 15,41 \pm 5,51$; média final $\pm DP = 14,55 \pm 5,50$; $t = 0,71$; $p = 0,483$). No GC, 38,9% *melhoram muito*, 27,8% *melhoraram moderadamente*, 27,8% *mantiveram* a sintomatologia e 5,6 % *pioraram muito*. Na satisfação com a vida existem diferenças estatisticamente significativas nas pontuações médias (média inicial $\pm DP = 15,94 \pm 4,61$; média final $\pm DP = 12,61 \pm 3,65$; $t = 3,94$; $p = 0,001$).

Evolução dos afetos positivos e negativos medidos pelo PANAS - No GE, 9,1% *melhoram muito*, 9,1% *melhoraram moderadamente*, 18,2% *melhoraram pouco*, 4,5% *mantiveram* a sintomatologia, 9,1% *pioraram pouco*, 4,5% *pioraram moderadamente* e 45,5% *pioraram muito*. No PANAS Negativo não existiram diferenças estatisticamente significativas mas foi notório um aumento nas pontuações médias (média inicial $\pm DP = 21,86 \pm 8,99$; média final $\pm DP = 26,09 \pm 7,14$; $t = -1,89$; $p = 0,07$). No GC, 5,3% *melhoram muito*, 5,3% *melhoraram moderadamente*, 10,5% *melhoraram pouco*, 26,3% *mantiveram* a sintomatologia, 21,1% *pioraram pouco*, 10,5% *pioraram moderadamente* e 21,1% *pioraram muito*. Da mesma forma, no grupo de comparação não houve diferenças estatisticamente significativas, as pontuações médias aumentaram (média inicial $\pm DP = 27,95 \pm 8,93$; média final $\pm DP = 29,84 \pm 6,94$; $t = 3,94$; $p = 0,001$).

No GE, 13,6 % *melhoram muito*, 4,5% *melhoraram moderadamente*, 13,6% *melhoraram pouco*, 9,1% *mantiveram* a sintomatologia, 22,7% *pioraram pouco*, 18,2% *pioraram moderadamente* e 18,2% *pioraram muito* e as suas pontuações médias não são significativas (média inicial $\pm DP = 27,95 \pm 8,97$; média final $\pm DP = 30,55 \pm 5,67$; $t = 3,94$; $p = 0,001$). No GC, 10,5% *melhoram muito*, 21,1% *melhoraram moderadamente*, 5,3% *melhoraram pouco*, 36,8% *mantiveram a sintomatologia*, 5,3% *pioraram pouco*, 10,5% *pioraram moderadamente* e 10,5% *pioraram muito*. No grupo de comparação, as pontuações médias

(média inicial $\pm DP = 27,05 \pm 6,44$; média final $\pm DP = 27,11 \pm 7,50$; $t = 0,03$; $p = 0,976$), não existem diferenças estatisticamente significativas tal como no grupo experimental.

Evolução dos sentimentos de solidão medidos pela UCLA - No GE, 34,8% *melhoram muito*, 17,4% *melhoraram moderadamente*, 17,4% *melhoraram pouco*, 26,1% *mantiveram* a sintomatologia e 4,3% *pioraram pouco*. Os resultados evidenciaram diferenças estatisticamente significativas nas pontuações médias do GE (média inicial $\pm DP = 36,04 \pm 10,64$; média final $\pm DP = 27,70 \pm 9,83$; $t = 4,34$; $p = 0,000$). No GC, 5,3% *melhoraram moderadamente*, 36,8% *mantiveram* a sintomatologia, 5,3% *pioraram pouco*, 26,3% *pioraram moderadamente* e 26,3% *pioraram muito*. Tal como no GE, nas pontuações médias houve diferenças estatisticamente significativas (média inicial $\pm DP = 36,68 \pm 11,97$; média final $\pm DP = 43,11 \pm 10,59$; $t = -3,82$; $p = 0,001$).

Efeito do PRNG controlando os Aspectos Emocionais e Afetivos

Para verificar o efeito do PRNG nas variáveis emocionais e afetivas, controlando o potencial papel do funcionamento cognitivo (MMSE), procedeu-se às ANCOVAs paramétricas de duas vias. Depois de verificado que não havia violação dos pressupostos (normalidade, homogeneidade das variâncias, linearidade, homogeneidade dos declives de regressão e covariáveis fidedignas), procedemos a seis ANCOVAs de duas vias para avaliar a eficácia do PRNG na melhoria dos aspetos emocionais (GAI, GDS, PANAS Negativo e Positivo, SWLS e UCLA) controlando o funcionamento cognitivo (MMSE - variável independente adicional). Nos sentimentos ansiosos houve violação dos pressupostos, sendo as variáveis desiguais $p = 0,012$. Depois de ajustar para as pontuações GAI pré-PRNG, não houve um efeito significativo de interação, $[F(1,37) = 0,056; p = 0,814]$, com um tamanho do efeito pequeno ($\eta^2 = 0,002$). nenhuns dos principais efeitos foram estatisticamente significativos (Grupo: $[F(1,37) = 0,956; p = 0,335]$; MMSE: $[F(1,37) = 0,041; p = 0,840]$). Nos sentimentos depressivos não houve violação dos pressupostos, sendo as variáveis iguais ($p = 0,070$). Nas pontuações GDS pré-PRNG, não houve um efeito significativo de interação, $[F(1,35) = 0,242; p = 0,626]$ com um tamanho do efeito trivial ($\eta^2 = 0,007$). O grupo teve um efeito estatisticamente significativo (Grupo: $[F(1,35) = 4,286; p = 0,046]$), enquanto que o funcionamento cognitivo não teve efeito, (MMSE: $[F(1,35) = 0,514; p = 0,478]$). No PANAS Negativo não houve violação dos pressupostos $p = 0,277$. Nas pontuações PANAS Negativo pré-PRNG, não houve um efeito significativo de interação, $[F(1,36) = 0,775; p = 0,384]$, com um tamanho do efeito grande ($\eta^2 = 0,21$). Nenhum dos efeitos foram estatisticamente significativos (Grupo: $[F(1,36) = 0,942; p = 0,338]$; MMSE: $[F(1,36) = 0,1626; p = 0,210]$). No PANAS Positivo não houve violação dos

pressupostos ($p = 0,959$) e nas pontuações pré - PRNG, não houve um efeito significativo de interação, $[F(1,36) = 1,837; p = 0,184]$, sendo o tamanho do efeito grande ($\eta^2 = 0,49$). Nenhum dos efeitos foram estatisticamente significativos Grupo: $[F(1,36) = 2,034; p = 0,162; \text{MMSE: } [F(1,36) = 0,597; p = 0,445]]$. Ao não haver violação dos pressupostos ($p = 0,121$), ajustou-se as pontuações SWLS pré - PRNG, não tendo um efeito significativo de interação, $[F(1,35) = 0,49; p = 0,826]$, e com um tamanho do efeito pequeno ($\eta^2 = 0,01$). Nenhum dos efeitos foram estatisticamente significativos (Grupo: $[F(1,35) = 2,739; p = 0,107; \text{MMSE: } [F(1,35) = 0,071; p = 0,792]]$). Por fim, também não existindo violação dos pressupostos nos sentimentos de solidão ($p = 0,615$), ajustou-se as pontuações da UCLA pré - PRNG, não sendo verificado um efeito significativo de interação, $[F(1,37) = 1,991; p = 0,167]$, e com um tamanho do efeito grande ($\eta^2 = 0,51$). O grupo teve um efeito estatisticamente significativos (Grupo: $[F(1,37) = 45,013; p = 0,000]$), enquanto que o funcionamento cognitivo não teve efeito, (MMSE: $[F(1,37) = 1,669; p = 0,204]$).

Discussão e Conclusão

Com base na literatura consultada concluiu-se que o envelhecimento é um fenómeno mundial, individual e coletivo e que envolve uma degradação progressiva a todos os níveis. Existem evidências de que a população idosa irá aumentar drasticamente nos próximos 20 anos, facto que se assume como grande preocupação na manutenção do funcionamento cognitivo, a fim de promover uma melhor qualidade de vida. Com recurso a várias técnicas poderemos ter um aliado que favoreça o decréscimo desta tendência. Assim, para que tal aconteça, é possível o recurso a programas de reabilitação neuropsicológica grupal baseados em treinos e repetição de tarefas, à reabilitação cognitiva, à orientação para a realidade e à terapia de reminiscência. Estas técnicas possibilitam, recorrendo à capacidade de compensação através da *plasticidade cerebral*, a estabilização do funcionamento cognitivo e das habilidades do quotidiano, do comportamento e do relacionamento social do idoso. Os idosos Portugueses institucionalizados representam um grupo que se caracteriza maioritariamente por um nível de escolaridade baixo e onde há maior prevalência de profissões manuais, e de maior dependência, tanto a nível físico como psicológico, fatores que proporcionam uma tendência acrescida para a demência. A realidade institucional dos idosos surge intimamente relacionada com uma menor satisfação de vida, não só pelo facto de estes estarem afastados das suas redes sociais habituais, mas também pela falta de autonomia. Tendo em conta o impacto que o declínio cognitivo assume nos idosos e a importância da reabilitação na prevenção, no atraso da demência e nos aspetos emocionais e

afetivos é importante especificar os objetivos deste estudo: verificar se existem diferenças iniciais nas variáveis, observar a presença de diferenças nas médias das pontuações a nível emocional e afetivo pré e pós reabilitação e verificar o impacto do PRNG nas variáveis emocionais e afetivas controlando o potencial das variáveis cognitivas.

Pontuações iniciais a nível emocional e afetivo no GE e GC – Nas pontuações iniciais verificou-se que os resultados ao nível emocional e afetivo (GAI, GDS, SWLS, PANAS positivo e UCLA) não apresentam diferenças significativas ($p < 0,05$), com exceção do PANAS Negativo, que apresenta diferenças significativas ($p = 0,036$). Não tendo estudos que permitam comparar os resultados, por não terem sido utilizados os mesmos testes neuropsicológicos, sabemos que os resultados não se devem às diferenças sociodemográficas, idade, escolaridade, tipo de profissão, dado que os grupos são sociodemograficamente semelhantes, exceto na resposta social. A razão pode residir no facto de os grupos pertencerem a instituições e valências diferentes (Centro de Dia e Lar de idosos): um dos grupos pertence a uma instituição que oferece uma diversidade de atividades em grupo que os estimulam cognitivamente e os fazem sentir-se inseridos em comunidade, e as restantes instituições disponibilizam poucas atividades, como ver televisão e jogos pouco estimulantes. Ao avaliar idosos das valências diferentes (centro de dia e lar), os resultados podem ser influenciados aos níveis emocional e afetivo. Os idosos do lar estão permanentemente afastados das suas redes sociais, das suas casas e têm falta de autonomia na vida diária, realidade que contrasta com a dos idosos do centro de dia, que não abandonam totalmente as suas redes sociais, têm maior autonomia e participam em atividades lúdicas mais estimulantes. Como o GE apresentou inicialmente resultados menores que o GC deverá ter uma maior significância clínica sobre os efeitos do PRNG.

Comparação Pré e Pós-reabilitação – Temos também como objetivo verificar se existiam mudanças entre os resultados da pré e pós-reabilitação, através da comparação das pontuações médias dos GE e GC a nível emocional e afetivo. Segundo os resultados apurados, observam-se diferenças nas pontuações médias entre o GE e do GC, nos dois momentos de avaliação. No grupo experimental, as pontuações dos **sintomas ansiosos** aumentaram após a aplicação do PNRG (média inicial = 10,65; média final = 12,09), embora não sejam valores estatisticamente significativos ($p = 0,249$). No grupo de comparação, a sintomatologia ansiosa também aumentou (média inicial = 12,42; média final = 14,74) nos idosos havendo diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,006$). O tamanho de efeito em ambos os grupos é pequeno sendo do GE ($d = 0,23$) e do GC ($d = 0,40$). A ansiedade

apresentou sintomas mais graves na população alvo, podendo estar relacionada com uma visão catastrófica do idoso em relação às situações da sua vida, o que gera o sentimento de que algo perigoso pode acontecer ou o idoso não ter perspetivas positivas em relação à sua própria vida ou à existência do sentimento de abandono e à instabilidade constante em relação ao seu futuro (Skinner e Vaughan, 1985). O estudo de Alves (2012) não obteve resultados que apoiem o nosso estudo, pois no GE obteve uma diminuição dos sentimentos ansiosos pós-PRNG, sem diferenças significativas, e no GC as pontuações médias aumentaram entre as duas avaliações, com diferenças significativas. Além desta diferença, destaque ainda para o facto de utilizarmos 42 idosos e no estudo Alves (2012) terem sido avaliados 12 (GE: 6 e GC: 6).

As pontuações médias dos **sintomas depressivos** diminuíram no GE (média inicial = 13,36; média final = 13,32), sem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,973$) e com efeito trivial ($d = 0,0006$). No grupo de comparação, as pontuações também aumentaram (média inicial = 16,44; média final = 18,78) com diferenças significativas ($p = 0,015$) e com efeito pequeno ($d = 0,37$). As causas para estes resultados podem estar associadas a alguns efeitos prejudiciais que a depressão pode ter nas outras áreas de funcionamento do idoso. A depressão a nível social pode levar o idoso ao afastamento da rede social e ao isolamento (Zimmerman, 2000). Algumas das razões para justificar esta sintomatologia podem estar sua institucionalização ou, no caso dos idosos que frequentam o centro de dia, o facto de viverem sós nas suas casas, a perda dos seus companheiros (há uma maior prevalência de idosos viúvos) ou familiares/amigos, os idosos já apresentarem sintomas de depressão há algum tempo e não terem acompanhamento psicológico para o seu tratamento, dificuldades familiares e económicas e os problemas de memória evidentes. O estudo de Alves (2012) não apoiou os nossos resultados do GE visto que as suas pontuações médias aumentaram e no nosso estudo diminuíram; no entanto, no GC, os resultados aumentaram em ambos os estudos com diferenças significativas.

Na **satisfação com a vida**, as pontuações médias diminuíram no GE (média inicial = 15,94; média final = 14,55) após a aplicação do programa, sem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,001$), sendo o tamanho de efeito trivial ($d = 0,16$). No grupo de comparação, houve um agravamento das médias (média inicial = 15,41; média final = 12,61) superior ao GE, existindo resultados estatisticamente significativos ($p = 0,483$) e um tamanho de efeito grande ($d = 0,80$). A melhoria dos resultados observada em alguns idosos a nível cognitivo poderá contribuir para uma maior consciencialização de que a sua vivência terá

sido pouco satisfatória. O programa foi realizado em grupo e abrangia questões de reminiscência orientadas para a realidade, pelo que as conversas seriam conduzidas remetendo-os para a sua vivência e sonhos. A maioria dos idosos tinha uma postura negativa. Foi feito um esforço no sentido de orientar a conversa numa perspetiva positiva, o que não foi possível em várias sessões, apesar do exemplo de uma idosa que mantinha uma perspetiva positiva capaz de contagiar subtilmente os restantes. Com o passar do tempo, foi possível adotar uma abordagem mais frequente de acontecimentos positivos, embora rapidamente o teor da conversa regressasse aos acontecimentos de vida negativos. Neste grupo foi muito difícil sair deste panorama negativo, o que pode ter interferido fortemente nos resultados, comprometendo-os.

A falta de controlo pode ser definida como uma (in)capacidade de manipular um dado aspeto do ambiente, visto que os idosos da instituição não tiveram poder de palavra sobre o horário e meio ambiente na aplicação do programa e na avaliação pode-se referir que existiu uma falta de controlo por parte dos mesmos. (Lima et al., 2011). Para que exista um envelhecimento saudável requer a existência de qualidade de vida, o idoso deve ter um bom controlo sobre vários aspetos da sua vida, independentemente do seu nível de autonomia funcional, podendo esta razão interferir nos resultados a nível emocional do nosso estudo. O estudo de Lima (2011) não apoiou o nosso estudo pois os nossos resultados diminuíram na satisfação com a vida.

As pontuações médias do GE nos **afetos negativos** aumentaram (média inicial = 21,86; média final = 26,09) após a aplicação do programa, com um tamanho de efeito médio ($d = 0,52$), embora sem resultados estatisticamente significativos ($p = 0,072$). No GC, as pontuações médias aumentaram, embora os resultados sejam mais baixos que no GE (média inicial = 27,95; média final = 29,84), não existindo diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,206$) e com efeito pequeno ($d = 0,24$). No GE, os idosos mantinham perspetivas de vida negativas e pouco otimismo. No decorrer da aplicação do PNRG ocorreram diversas situações que podem justificar os resultados apresentados, como o caso de uma idosa do GE com problemas de saúde e idas constantes ao médico, o de outra idosa em processo de luto e com pensamentos constantes em “desaparecer” pelo facto de viver sozinha e o falecimento de pessoas próximas do grupo.

Nos afetos positivos, o GE aumentou nas pontuações médias (média inicial = 27,95; média final = 30,55) pós-PNRG e não houve diferenças significativas ($p = 0,274$). No GC, os afetos positivos aumentaram em casas decimais (média inicial = 27,05; média final = 27,11), sem resultados estatisticamente significativos ($p = 0,976$). O tamanho de efeito foi pequeno e com pontuação igual em ambos os grupos ($d = 0,35$). Os resultados no GE podem ter aumentado

por estarmos perante uma época de maior interação e pelo maior número de atividades estimulantes, que contribuíram para uma maior coesão do grupo. No decorrer das sessões do PRNG, foi notório um empenho crescente na resposta ao primeiro exercício (TOR e TR), sendo evidente, com o passar do tempo, uma maior coesão entre o grupo e a criação de laços entre as idosas, sobretudo nas situações em que o tema teria um conteúdo negativo, dando lugar a palavras de conforto por parte das participantes. No GC não houve diferenças nas atividades diárias, o que pode ter levado à estagnação da pontuação nos afetos positivos. Este instrumento avalia apenas o afeto que remete para predisposições estáveis de estados emocionais particulares (Lima et al., 2011). Durante a aplicação do PRNG, os idosos estavam a passar por momentos negativos, referidos acima, o que pode justificar o facto dos resultados serem efeitos diretos do ambiente e dos problemas mencionados e não da eficácia do PRNG. Neste caso (afetos positivos) e nos afetos negativos não encontramos estudos que apoiem os nossos resultados.

Com a aplicação do PNRG, as pontuações médias do GE diminuíram (média inicial = 36,04; média final = 27,70) em relação aos **sentimentos de solidão**, tendo sido observadas diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,000$) e com um tamanho de efeito muito grande ($d = 6,22$). No GC as pontuações médias aumentaram (média inicial = 36,68; média final = 43,11) e houve diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,001$) e com um tamanho de efeito médio ($d = 0,57$). A aplicação do PRNG contribuiu para a criação de vínculos mais fortes entre as idosas, tendo fortalecido a ideia de que poderiam contar com a palavra “amiga” do grupo, perante situações de vida que eram mencionadas nas sessões. Segundo Ramos (2002), as relações sociais oferecem suporte social, influenciando positivamente o bem-estar psicológico, contribuindo para reduzir o isolamento e aumentar a satisfação com a vida. Estes laços evidenciaram-se também fora das sessões e possibilitaram a abordagem de temas pessoais em situações exteriores, razões que poderão ter influenciado o decréscimo dos sentimentos de solidão evidenciados na pós-reabilitação. Em algumas medidas, os tamanhos de efeito são pequenos e não há diferenças estatisticamente significativas, o que, de acordo com Ellis (2010), pode ter a influência do contexto (pg. 35). Se considerarmos este facto e relacionarmos com o nosso estudo, à luz do contexto em que este decorreu, os idosos tinham atividades lúdicas limitadas e saídas pontuais ao exterior, logo, neste caso, os efeitos pequenos apurados assumem uma dimensão significativa. Apesar de os efeitos serem pequenos ou triviais, se nos próximos meses se verificar uma estabilização das alterações, esse efeito pode ser relevante, pelo que será vantajoso proceder a uma nova reavaliação. O estudo de Alves (2012) apoiou o nosso, no sentido

em que as pontuações médias dos sentimentos de solidão diminuíram no GE e, em contraste, as pontuações no GC aumentaram, tendo ambos os grupos diferenças estatisticamente significativas. Em vários estudos foi observado o efeito de programas grupais, com diferentes tipos de intervenção (reabilitação neuropsicológica, reabilitação cognitiva, reabilitação cognitiva efetuada por equipa multidisciplinar, reabilitação cognitiva combinada com componente farmacológica e treino cognitivo). A comparação entre o nosso estudo e outros estudos ficou comprometida, não só dada a ausência de investigações com uma população similar (idosos institucionalizados com DCSD), como pelo facto de empregarem diferentes tipos de intervenção. Entre as pesquisas que mereceram a nossa atenção destaque para o estudo de Tsolaki e colaboradores (2010), o estudo de Lima (2011) e o de Alves (2012). O primeiro foi o estudo de Tsolaki e colaboradores (2010) e empregou como intervenção a *reabilitação cognitiva grupal*. Aqui, foi avaliada a eficácia de um programa de reabilitação cognitiva em 176 idosos com DCL, 104 dos quais foram submetidos ao programa de reabilitação (GE) e 72 não foram integrados em qualquer tipo de intervenção (GC). Os participantes foram emparelhados em dois grupos conforme a idade, o sexo, a escolaridade e habilidades cognitivas. A eficácia das intervenções foi avaliada por uma série de avaliações neuropsicológicas, aplicadas no início e no final das intervenções (após 6 meses). Os resultados obtidos indicaram que o GE apresentou benefícios ao nível das funções executivas, da memória verbal, da praxia, da capacidade cognitiva e das atividades da vida diária, enquanto o GC demonstrou deterioração das atividades da vida diária. O segundo foi o estudo de Lima (2011) e empregou como intervenção terapêutica baseada na abordagem do *Mindfulness* e na eficácia na promoção do bem-estar de idosos institucionalizados. Foram submetidos 7 idosos com DCL ao programa de intervenção terapêutica (GE). As sessões em grupo foram administradas três vezes por semana, durante nove semanas e com duração de 50 minutos/sessão. A eficácia das intervenções foi avaliada por uma série de avaliações neuropsicológicas, aplicadas no início e no final das intervenções. Os resultados obtidos indicaram que o GE apresentou benefícios ao nível cognitivo, emocional, fisiológico e comportamental. Apenas houve uma diminuição significativa no GDS ($p = 0,002$), houve uma redução dos pensamentos automáticos ou das ruminações que os idosos tendiam a apresentar. No PANAS houve um aumento dos afetos negativos ($p = 0,859$) e diminuição dos afetos positivos ($p = 0,162$), não existindo diferenças significativas. Na satisfação com a vida, houve um aumento das pontuações médias (pré = 15,71 e pós = 16,71), sem diferenças significativas ($p = 0,635$). O estudo de Lima (2011) apoiou o nosso estudo nas pontuações do

PANAS e dos sentimentos depressivos, em contraste com os resultados da satisfação com a vida, existindo uma diminuição no nosso estudo. Finalmente, o estudo de Alves (2012) também utilizou um PRNG semelhante ao nosso, contudo, os idosos pertenciam à valência de Centro de Dia. Neste estudo foi avaliada a eficácia de um PRNG em 12 idosos, 6 dos quais pertenciam ao GE e outros 6 integravam o GC. A eficácia das intervenções foi medida por avaliação neuropsicológica, aplicada no início e no final das intervenções, igual ao nosso estudo. Os resultados obtidos sugeriam que o GE apresentou melhorias ao nível das funções cognitivas e executivas e também ao nível dos sentimentos de solidão. No estudo de Alves (2012) não se verificou uma melhoria significativa na sintomatologia depressiva e na sintomatologia ansiosa do GE, enquanto no GC verificou-se uma piora estatisticamente significativa, semelhante ao nosso estudo. Verificámos também em outros estudos melhorias nos sentimentos depressivos e sentimentos de solidão no grupo experimental (Bottino et al., 2002; Valentijn et al., 2005; Viola et al., 2011). No nosso estudo, as melhorias obtidas vão ao encontro da hipótese geral formulada de que o PRNG poderá ter contribuído para melhorar os aspetos emocionais e afetivos. Não podemos afirmar que a mesma foi inteiramente validada, dadas as estabilizações e agravamentos verificados nas restantes variáveis e a diminuição dos sintomas depressivos e da solidão.

O efeito do PRNG das variáveis emocionais e afetivas – O objetivo era verificar o efeito do PRNG nas variáveis emocionais e afetivas. Através da ANCOVA paramétrica de duas vias podemos garantir que as diferenças finais entre o GE e o GC nas medidas emocionais e afetivas devem-se ao PRNG. Os resultados revelam mudanças significativas nas variáveis emocionais e o tamanho de efeito do GAI indica que a variação na variável dependente (pós-PRNG) é explicada pela variável independente em 2%. O efeito do programa nos sintomas ansiosos é muito pequeno ($\eta^2 = 0,002$). O mesmo acontece nas variáveis emocionais (GDS - $\eta^2 = 0,007$; SWLS - $\eta^2 = 0,001$), no PANAS Negativo tenha existido um maior efeito ($\eta^2 = 0,021$) e no PANAS Positivo ($\eta^2 = 0,049$) e nos sentimentos de solidão é evidente um efeito grande ($\eta^2 = 0,051$). Existe uma relação significativa entre a pontuação do GAI pré-PRNG e a pontuação do pós-PRNG, controlando a variável independente. A covariável é significativa, ou seja, explica que 44,6 % da variação na pontuação do GAI pós-PRNG. Da mesma forma, a relação entre as restantes covariáveis e variáveis dependentes são significativas, controlando as independentes (GAI - $\eta^2 = 0,446$; GDS - $\eta^2 = 0,453$; SWLS - $\eta^2 = 0,214$; PANAS

Negativo - $\eta^2 = 0,180$; UCLA - $\eta^2 = 0,490$), exceto o PANAS Positivo ($\eta^2 = 0,034$), que não demonstrou uma relação significativa entre as variáveis.

No estudo de Alves (2012), o tamanho de efeito dos sintomas ansiosos foi de $\eta^2 = 0,18$, na sintomatologia depressiva foi de $\eta^2 = 0,56$ e nos sentimentos de solidão $\eta^2 = 0,84$. Comparando os efeitos ao nosso estudo, nos sintomas ansiosos ($\eta^2 = 0,45$) e depressivos ($\eta^2 = 0,45$) obtivemos resultados relevantes pois foram superiores ao estudo de Alves (2012), enquanto que nos sentimentos de solidão o nosso tamanho de efeito foi mais baixo ($\eta^2 = 0,49$). Tendo em conta o contexto institucional, todos os efeitos foram significativos clinicamente com a aplicação do PRNG.

No nosso parecer, os resultados devem-se às várias limitações do estudo, que impediram um controlo mais elevado sobre as inúmeras variáveis parasitas. Como principais limitações da nossa investigação podemos mencionar, além da negatividade dos idosos, as idas consecutivas ao médico; a incapacidade física de alguns idosos, que dificultou a administração do PRNG; a pouca colaboração institucional para incentivar os idosos a praticar diariamente atividades de estimulação cognitiva, emocional e afetiva; bem como a inexistência de um grupo de comparação que tivesse praticado atividades de estimulação cognitiva semelhantes às do GE, com a mesma duração, com carácter neutro, de modo a perceber se o PRNG surtiu efeito nas variáveis emocionais e efetivas ou se a presença da autora, por si só, já surtiria esse efeito, caso o programa não fosse aplicado. Na recolha de dados, a opção do preenchimento feito pelo investigador em função das respostas dos idosos pode ter conduzido a alguns enviesamentos nas respostas, com possíveis erros na interpretação das questões, ou inibição por parte dos idosos por estarem na presença de uma pessoa estranha e sentirem algum constrangimento. A opção por esta forma de recolha de dados resulta do facto de a maioria dos idosos inquiridos não saber ler nem escrever. A amostra de participantes é pequena, o que torna difícil a generalização dos resultados; por outro lado, não houve aleatorização dos idosos das outras instituições pelo reduzido número de idosos na ASCRSPF, motivo pelo qual foi necessário recorrer à base de dados do TE, sendo utilizadas duas valências distintas, o Centro de Dia e o Lar de Idosos. A necessidade de recorrer a outras instituições surge como uma limitação, pois um contexto institucional diferente com variáveis distintas pode dificultar a investigação, impedindo o seu controlo. Estas variáveis que não são abordadas neste estudo podem ser atividades lúdicas, programas televisivos, funcionários da instituição ou a própria instituição. Desta forma, seria importante um estudo com grupos de idosos aleatorizados e provenientes

de várias instituições, para garantir a generalização dos resultados. O grupo de idosos que participou no presente estudo não está habituado a intervenções como o PNRG, resiste a novas atividades e apresenta uma postura muito negativa. Do total de participantes, uma boa parte não se disponibilizou desde início, o que levou à necessidade de alguma persuasão por parte do investigador, motivo pelo qual teremos de ter em conta a prevalência de algum enviesamento, embora o mesmo possa ser atenuado. São de salientar a escassa bibliografia sobre os efeitos de um PRNG em idosos com DCSD, a utilização de instrumentos neuropsicológicos diferentes dos usados nesta dissertação, o que reflete uma maior dificuldade de comparação com o estudo.

O PNRG teve impacto nos aspetos emocionais e afetivos dos idosos institucionalizados com DCSD, sendo significativo pelo tamanho de efeito individual e pelas melhorias ao nível cognitivo. Embora estas melhorias possam não ser o resultado somente do programa, podem ter tido influência de outras variáveis. Ao ser evidente a existência da *plasticidade cerebral* nos idosos seria importante a realização de mais estudos idênticos, para que se pudessem retirar conclusões mais específicas sobre o impacto de um PRNG nos aspetos emocionais e afetivos. As evidências de melhoria nos aspetos emocionais e afetivos dos idosos justificam a importância da implementação do PRNG nas diferentes valências, de forma a prevenir e manter o declínio cognitivo e contribuir para uma melhoria dos aspetos emocionais e afetivos. Torna-se fundamental, em futuros estudos, utilizar um plano de investigação que permita um maior grau de controlo sobre as várias ameaças à validade interna da investigação.

Referências Bibliográficas

- Abrisqueta-Gomez, J.**, Canali, F., Vieira, V., Aguiar, A., Ponce, C., Brucki, S. e Bueno, O. (2004). *A longitudinal study of a neuropsychological rehabilitation program in Alzheimer's disease*. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 62(3B), 778–783.
- Alves S.** (2012). *Estudo piloto de um programa de reabilitação cognitivo grupal e o seu impacto no funcionamento cognitivo e não-cognitivo em idosos sob resposta social*. Instituto Superior Miguel Torga.
- Baldivia, B.**, Andrade, V. e Bueno, O. (2008). *Contribution of education, occupation and cognitively stimulating activities to the formation of cognitive reserve*. *Dementia & Neuropsychologia*, 2(3), 173-182.
- Baldwin, R.** e Wild, R. (2004). Management of depression in later life. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 131-139. DOI: 10.1192/apt.10.2.131
- Barroso, V.** e Tapadinhas, A. (2006). *Órfãos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. O Portal dos Psicólogos, 1-13. Acedido em 15 de Junho em [http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Artigos/Orfãos Geriatras.pdf](http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Artigos/Orfãos%20Geriatras.pdf)
- Bohlmeijer, E.**, Smit, F. e Cuijpers, P. (2003). *Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18 (12), 1088-1094.

- Bottino, C.,** Carvalho, I., Alvarez, A., Avila, R., Zukauskas, P., Bustamante,, Andrade, F., Hototian, S., Saffi, F., Camargo, C. (2002). *Reabilitação cognitiva em pacientes com doenças de Alzheimer*: Arq Neuropsiquiátrico 60(1):70-79.
- Boyke, J.,** Driemeyer, J., Gaser, C., Buchel, C. e May, A. (2008). *Training-induced brain structure changes in the elderly*. *The Journal of Neuroscience*, 28, 7031–7035.
- Buchanan, J.,** Christenson, A. e Houlihan, D. (2010). *The Role of Behavior Analysis in the Rehabilitation of Persons With Dementia*. *Behavior Therapy*, 10.1016/j.beth.2010.01.003.
- Burns, A. e** Zaudig, M. (2002). *Mild cognitive impairment in older people*. *Lancet*, 360, 1963-1965.
- Cacerta, M.,** Bannon, Y., Fernandes, F., Giunta, B., Schoenberg, M. e Tan, J. (2009). *Normal brain aging: Clinical, immunological, neuropsychological, and neuroimaging features*. *International Review of Neurobiology*, 84, 1-19.
- Caplan, G.** (1980). Prevenção secundária. Em G. Caplan. *Princípios de Psiquiatria preventiva* (pp. 105-128). Rio de Janeiro: Zahar
- Clare, L. e** Woods, R.T. (2001). *Cognitive rehabilitation in dementia: a special issue of neuropsychological rehabilitation*. Nova Iorque: Psychological Press.
- Clare, L. e Woods, B.** (2003). *Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1–39.
- Clare, L. e Woods, R.** (2004). *Cognitive training and cognitive rehabilitation for people early-stage Alzheimer's disease: a review*. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14, 385-401.
- Carvalho, M.**(2011). *Sintomas Psicopatológicos e Afecto Positivo nos Idosos*. Dissertação de Mestrado. Instituto Miguel Torga, Coimbra.
- Cohen, J.** (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costa, A.,** Peppe, A., Carlesimo, G., Pasqualetti, P., Caltagirone, C. (2006). *Major and minor depression in Parkinson's disease: a neuropsychological investigation*. *European Journal Neurology*, 13, 972-920.
- Cummings, G.** (2012). *Understanding The New Statistics Effect Sizes, Confidence Intervals, and Meta-Analysis*. New York: Routledge
- De Lima, M.,** Oliveira, A., Godinho, P. (2011). *Promover o bem-estar de idosos institucionalizados: Um estudo exploratório com treino em mindfulness*. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, (45), 1.
- De Jong-Gierveld, J. e** Havens, B. (2004). *Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: Introduction and overview*. *Canadian Journal of Aging*, 23, 109–113.
- Diener, E.,** Emmons, R., Larsem, R., & Griffin, S. (1985). *The Satisfaction With Life Scale*. *Journal of Personality Assessment*, 49,71-75.
- Duffau, H.** (2006). *Brain plasticity: from pathophysiological mechanisms to therapeutic applications*. *Journal of Clinical Neuroscience*, 13 (9), 885–897.
- Ellis, P.** (2010). *The Essential Guide to Effect Sizes: Statistical Power, Meta-Analysis, and the Interpretation of Research Results*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Espírito-Santo, H. e** Lemos, L. (2012). *Manual de Reabilitação Neuropsicológica Grupal*. Coimbra: ISMT.
- Espírito-Santo, H.,** Daniel, F., Lemos, L., Pena, I., Vicente, Silva, G. F., Costa, M., Martins, S., Fernandes, D., Cardoso, D., Ventura, L., Moitinho, S., Pinto, A.L., Rodrigues, F., Vigário, V., Caldas, L., Pascoal, V., Neves, C.S., Marques, M. (2013). *Psychometric properties of Geriatric Anxiety Inventory (GAI) in aninstitutionalized elderly sample*. Manuscrito em preparação.
- Falcão, D.,** Espírito-Santo, H., Fermino, S., Matreno, J., Guadalupe, S. (2012, Abril). *Envelhecimento e funcionamento cognitivo: o papel da escolaridade e profissão*. I International Congress Social Gerontology, Issues and Challenges, Construction of a New Social Reality. Praia da Vitória, Ilha Terceira, Açores (Portugal).
- Fava, D.,** Kristensen, C., Melo, W., e Arauji, L.(2009). *Construção e validação de tarefa de Stroop Emocional para avaliação de viés de atenção em mulheres com Transtorno de Ansiedade Generalizada*. *Cadernos de Psicologia e Educação Paidéia*, 19 (43), 159-165.
- Fermino, S.,** Espírito-Santo, H. et al., (2012). *Diferenças sintomáticas, neuropsicológicas e sociodemográficas entre idosos com doença de Alzheimer e idosos com Depressão*. Instituto Superior Miguel Torga.

- Fraser, M.** (1992). *Memory clinics and memory training*. Em T. Arie (Org), *Recent advances in psychogeriatrics* (pp.105-115). London: Churchill Livingstone.
- Field, A.** (2009). *Discovering Statistics using SPSS* (3ª Ed., p. 580). London: Sage.
- Folstein, M.**, Folstein, S. e Fanjiang, G. (2001). *Mini-Mental State Examination. Clinical Guide*. U.S.A: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Freitas, S.**, Simões, M., Martins, C., Vilar, M. e Santana, I. (2010). *Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. Avaliação Psicológica*, 9 (3), pp. 345-357.
- Gonçalves, C.** (2002). *Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados*. O portal do Psicólogos.
- Joia, L.**, Ruiz, T., e Donalísio, M. (2007). *Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos*. *Revista Saúde Pública*, 41(1), 131-138.
- John, P.**, Montgomery, P. (2010). Cognitive impairment and life satisfaction in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 814-821.
- Marôco, J.** (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5ªEd.). Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Martins, R.** (2008). *A depressão no idoso*. *Millenium - Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 34, 119-123.
- Madarreiro, A.** (2008). *O bem-estar subjetivo institucionalizadas: a influência da autonomia funcional e do meio ecológico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Mirmirian, M.**, Van Someren, E., Swaab, D. (1997). *Is brain plasticity preserved during aging and in Alzheimer's disease?* *Behavioural Brain Research*, 78, 3-48.
- Montgomery, S.** (2000). *Ansiedade e depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Nasreddine, Z.**, Phillips, N., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L. e Chertkow, H. (2005). *The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 695-699.
- Freitas, M.** e Scheicher, M. (2010). *Qualidade de vida de idosos institucionalizados*. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13, 13 Rio de Janeiro.
- Nunes, B.** (2008). *Memória: Funcionamento, perturbações e treino*. Lisboa: Lidel.
- Pachana, N.**, Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E. e Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103-114.
- Pallant, J.** (2007). *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS for Windows*. England: McGraw Hill Education - Open University Press.
- Panagopoulou, E.**, Montgomery, A., Benos, A., e Maes, S. (2006). *Are People Emotionally Predisposed to Experience Lower Quality of Life? The Impact of Negative Affectivity on Quality of Life in Patients Recovering From Cardiac Surgery*. *Social Indicators Research*, 76(1), 55-69.
- Pena, I.** (2011). *Defeito cognitivo, sintomas depressivos e satisfação com a vida em idosos sob resposta social do conelho de Coimbra*. Dissertação de Mestrado. Instituto Miguel Torga, Coimbra.
- Pestana, M.** e Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementariedade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Petersen, R.**, Doody, R., Kurz, A., Mohs, R. C., Morris, J., Rabins, P., Winblad, B. (2001). *Current concepts in mild cognitive impairment*. *Archives of Neurology*, 58(12), 1985-1992.
- Petersen, R.** (2010). *Clinical trials for early (pre-dementia) Alzheimer's disease: a case for mild cognitive impairment*. *The Journal of Nutrition Health e Aging*, 14(4), 304-305.
- Prigatano, G.** (1997). *Learning from our successes and failures: Reflections and comments on "cognitive rehabilitation: how it is and how it might be."* *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3(05), 497-499.
- Pocinho, M.**, Farate, C. e Dias, C. A. (2010). *Validação psicométrica da escala UCLA-Loneliness para idosos portugueses*. *Interações*, 10(18), 65-77.
- Ritchie L.**, Tuokko H. (2010). *Mild Cognitive Impairment: Case Definitions, Age, and Other Risk Factors*. In: JH Stone, M Blouin, editors. *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Available online: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/117/>.
- Rosenzweig, M.** e Bennet, L. (1996). *Psychobiology of Plasticity: Effectd of training and experience on brain and behavior*. *Behavioural Brain research* 78:57-65.

- Russell, D.,** Replau, L. e Ferguson, M. (1978). *Developing a Measure of Loneliness. Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294.
- Scarmeas, N.** e Stern, Y. (2003). *Cognitive reserve and lifestyle. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25, 625-633.
- Savikko, N.,** Routasalo, P., Tilvis, R., Strandberg, T. e Pitkala, K. (2005). *Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 223-233.
- Skinner, F.** e Vaughan, E. (1985). *Viva bem a velhice: aprendendo a programar a sua vida*. São Paulo: Summus.
- Stern, Y.** (2009). *Cognitive reserve. Neuropsychologia*, 47, 2015-2028.
- Simões, A.** (1992). *Ulterior Validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI(3), 503-515.
- Tsolaki, M.,** Kounti, F., Agogiatou, C., Poptsi, E., Bakoglidou, E., Zafeiropoulou, M., Vasiloglou, M. (2011). *Effectiveness of Nonpharmacological Approaches in Patients with Mild Cognitive Impairment. Neurodegenerative Diseases*, 8(3), 138-145. doi:10.1159/000320575.
- Tombaugh, T. e McIntyre, N.** (1992). *The mini-mental state examination: a comprehensive review. Journal of the American Geriatrics Society*, 40, 922-935.
- Valentijn, S.,** Van Hooren, S., Bosma, H., Touw, D., Jolles, J., Boxtel, M. e Ponds, R. (2005). *The effect of two types of memory training on subjective and objective memory performance in healthy individuals aged 55 years and older: a randomized controlled trial. Patient Education and Counseling*, 57(1), 106-114.
- Viola, L.,** Nunes, P., Yassuda, M., Aprahamian, I., Santos, F., Santos, G., Brum, P. et al. (2011). *Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease. Clinics*, 66(8), 1395-1400. doi:10.1590/S1807-59322011000800015.
- Watson, D., Clark, L., e Tellegen, A.** (1988). *Development and validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Wilson, B.** (1996). *Cognitive rehabilitation: how it is and how it might be. Journal of the International Neuropsychological Society*, 3(5), 487-496.
- Wyrwich, K.,** Bullinger, M., Aaronson, N., Hays, R., Patrick, D., Symonds, T. (2005). *Estimating clinically significant differences in quality of life outcomes. Quality of Life Research*, 14(2), 285-295.
- Xaviera, F.** et al. (2001). *Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. Revista Pública*;35(3):294-302.
- Yesavage, J.,** Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M. e Leirer, V. (1983). *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-42.
- Zanetti, O.,** et al. (1955). *Reality Orientation Therapy in Alzheimer Disease: Useful or not? A controlled Study. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia. Alzheimer Disease and Associated Disorders*. (9)3, 132-138.
- Zimmerman, G.** (2000). *Velhice, aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artemed Editora.

